

Münster 1983

Guido Maiwald

**KLINISCHE PSYCHOLOGIE MIT PFLEGENDEN
IN DER ALTENARBEIT**

Ergebnisse eines Modellversuches zur Fortbildung

1983

PSYCHOLOGIE

**Klinische Psychologie mit Pflegenden
in der Altenarbeit**

Ergebnisse eines Modellversuches zur Fortbildung

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der

Philosophischen Fakultät
der

Westfälischen Wilhelms-Universität
zu

Münster (Westf.)

vorgelegt von
Guido Maiwald
aus Bocholt/Westfalen

1982



Tag der mündlichen Prüfung: ...8.2.1983.....
Dekan: ...Frau Prof.Dr. M. Brockhoff.....
Referent: ...Herr Prof.Dr. P.Fiedler.....
Korreferent: ...Herr Prof.Dr. H.Bommert.....

VORWORT

Diese Arbeit befaßt sich mit einem psychologischen Lernprogramm, welches im Rahmen einer Vor- und Hauptuntersuchung zusammen mit Pflegenden erarbeitet, durchgeführt und ansatzweise überprüft wurde. Auch enthält die vorliegende Studie wesentliche Informationen über die psychische und berufliche Situation von Pflegenden, deren Kenntnis für weitere Fortbildungsvorhaben dieser Art im Bereich der Altenpflege grundlegend sind.

Durch enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Vertretern der Altenpflege, Erwachsenenbildung, Verbandsarbeit und der Klinischen Psychologie war es möglich, ein praxisnahes Konzept zu erstellen, welches zum Ziel hat, Pflegende für die Erfüllung psychosozialer Aufgaben besser zu qualifizieren.

Ich möchte an dieser Stelle allen an der Verwirklichung dieses Modellversuches beteiligten Personen danken. Herr Bernhard Buttjer und Herr Günter Normann haben mich in ihrer Funktion als Fachbereichsleiter in der Erwachsenenbildung und Verbandsarbeit sehr ermutigt. Herr Prof. Dr. Peter Fiedler gab mir wichtige Anregungen zur Gestaltung dieser Arbeit. Die Leitungen von 41 beteiligten Altenpflegeeinrichtungen unterstützten diesen Modellversuch durch ihre Mitarbeit erheblich.

Dank gilt aber vor allem den insgesamt 126 Pflegenden der Vor- und Hauptuntersuchung. Ihr Engagement erst ermöglichte es, diese Ergebnisse vorzustellen. Die Teilnehmer der Seminare "Die Sorge um den alten Menschen" von 1978 bis 1981 im Franz-Hitze-Haus, Münster, waren an der Entwicklung und Überprüfung des Fortbildungskonzeptes besonders beteiligt. Ihnen vor allem möchte ich an dieser Stelle für ihre konstruktive Zusammenarbeit danken.

EINLEITUNG

TEIL I: DIE AUSGANGSLAGE

1

1 Wesentliche Probleme der Arbeitssituation von Pflegenden

1

1.1 Ansatzpunkte der Zusammenarbeit zwischen Klinischer Psychologie und Altenpflege

2

1.1.1 Zusammenarbeit durch Motivationsförderung

3

1.1.2 Zusammenarbeit durch Hilfen zur besseren Erkennung psychischer und sozialer Probleme

4

1.1.3 Zusammenarbeit durch Hilfen zur Verbesserung der Alltagsinteraktion mit alten Menschen

4

1.1.4 Zusammenarbeit durch Hilfen zu gezielterer Unterstützung bei seelischen Problemen

5

1.1.5 Zusammenarbeit durch Hilfen zur Verbesserung der speziellen Betreuungssituation der Sterbebegleitung

5

1.1.6 Zusammenarbeit durch Hilfen zur Verbesserung der Teamarbeit

6

1.2 Spezielle Probleme der psychologischen Qualifikation von Pflegenden

7

1.2.1 Probleme im Umgang mit berufsbedingten Belastungen

8

1.2.2 Probleme bei der Initiierung psychosozialer Betreuung

9

1.2.3 Probleme bei der Einschätzung psychologischer Zusammenhänge

10

1.2.4 Probleme im Umgang mit alten Menschen, die unter psychischen/sozialen Problemen leiden bzw. als "schwierig" empfunden werden

11

1.2.5 Probleme bei der Begleitung Sterbender

12

1.2.6 Spezielle Probleme im Umgang mit Mitarbeitern

14

1.2.7 Beziehungshemmende Gefühle von Pflegenden

14

1.2.8 Einstellungen von Pflegenden, die psychosoziale Betreuung eher verhindern

15

1.2.9 Zusammenfassung

16

2 Defizite der psychosozialen Versorgung in Altenpflegeeinrichtungen

17

2.1 Die Situation alter Menschen heute - Konsequenzen für die Altenpflege

17

2.2 Altenpflegeeinrichtungen in der Entwicklung - Überblick über den gegenwärtigen Stand

18

2.2.1 Bedarfsplanung durch Altenpläne

18

2.2.2 Trend zur ambulanten Versorgung im Rahmen der "offenen" Altenhilfe

19

2.2.3	Besondere Probleme verschiedener Institutionsformen der "stationären Altenhilfe"	20
2.3	Zur Notwendigkeit der Integration klinisch-psychologischer Hilfe in Einrichtungen der stationären Altenpflege	22
2.3.1	Der Mangel an Institutionalisierung - gezeigt an verschiedenen Indikatoren	22
2.3.2	Altenpflege als vielgestaltiges Arbeitsfeld - Konsequenzen für die Praxis psychologischer Hilfe und Fortbildung	24
2.3.3	Warum sollten psychologische und soziale Aufgaben zu einem großen Teil durch Pflegende geleistet werden?	26
2.3.4	Interdisziplinäre Teamarbeit als eine Lösung psychosozialer Versorgungsprobleme	28
2.3.5	Der Altenpflegeberuf in der Entwicklung	29
3	Zur Situation der psychologischen Aus- und Fortbildung von Pflegenden in der Altenarbeit - Konsequenzen für die Klinische Psychologie	30
3.1	Ausbildungsvoraussetzungen von Altenpflegern	30
3.1.1	Gesetzliche Grundlagen der Ausbildung	30
3.1.2	Initiativen zur Veränderung dieser gesetzlichen Grundlagen	31
3.1.3	Praxis der Ausbildung	32
3.1.4	Schlußfolgerungen	34
3.2	Das Fehlen von systematischen klinisch-psychologischen Fortbildungskonzepten für Pflegende in der Altenarbeit	35
3.3	Praxis der Fortbildung	36
4	Zusammenfassung	37
5	Konsequenzen aus der bisherigen Analyse	38

TEIL II: METHODIK 41

1	Ziele der Untersuchung	41
2	Forschungsstrategische Gesichtspunkte	42
2.1	Organisatorischer Planungsablauf	42
2.1.1	Die Voruntersuchung	42
2.1.2	Die Hauptuntersuchung	44
3	Diskussion ausgewählter methodischer Aspekte	45
3.1	Wesentliche Gesichtspunkte des Forschungsverständnisses	45
3.2	Die Auswahl von Erfolgskriterien	46
3.3	Die Bildung von Kontrollgruppen	49

	Seite
4 Der Untersuchungsablauf im Überblick	51
5 Methodenbeschreibung	54
5.1 Fragen zu "speziellen Problemen" (Vorher-Nachher-Erhebung)	54
5.2 Fragen zum: "Lernzuwachs durch das Seminar"	57
5.3 Seminarbegleitende Einschätzungen zum Transfer	59
5.4 Seminarbegleitende Bewertungen einzelner Lernabschnitte	61
5.5 Einschätzung der Relevanz einzelner Lerneinheiten und Lernabschnitte	61
5.6 Erhebungen zur psychischen Situation alter Menschen ("Notsignale des alten Menschen")	62
5.7 Interview	64
5.8 Fragen zur Heim- und Arbeitsplatzsituation	65
6 Methodische Ergebnisse	66
6.1 Methodische Ergebnisse zur Kontrolle der Variable "Soziale Erwünschtheit / Selbstüberschätzung"	66
6.2 Weitere Erläuterungen zur Repräsentativität und Konsequenzen für die Verarbeitung der Daten der Vorher-Nachher-Befragung	67
6.3 Zusammenfassende Interpretation und Konsequenzen	69
6.4 Methodische Ergebnisse zur Vergleichbarkeit der 3 Untersuchungsgruppen	70
6.4.1 Kriterien für die Bildung der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe I	70
6.4.2 Ergebnisse zur Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich verschiedener Basisdaten (I)	71
6.4.3 Ergebnisse zur Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich verschiedener Basisdaten (II)	73
6.4.4 Spezielle Daten zur Heim- und Arbeitssituation	74
6.4.5 Spezielle Daten zur Arbeitszeit und Zufriedenheit der Pflegenden	79
7 Zusammenfassung	80
TEIL III: P R A X I S	83
0 Überblick	83
1 Das Fortbildungskonzept	84
1.1 Das Konzept der "gezielten psychologischen Betreuung" - ein Strategiemodell psychosozialer Hilfe durch Pflegende in der "stationären" Altenarbeit	85
1.1.1 Gezielte psychologische Betreuung als komplexe Handlungsstrategie	85

1.1.2	Stadien gezielter psychologischer Betreuung	86
1.1.3	Ansatzpunkt für umfassende psychosoziale Hilfe	87
1.1.4	Wesentliche Ziele des psychologischen Handelns durch die Pflegenden	88
1.2	Psychologische Kompetenzen zur Umsetzung systematischer psychosozialer Hilfe	89
1.2.1	Allgemeine pflegerische Kompetenzen	89
1.2.2	Beobachten und Urteilen	90
1.2.3	Kontaktverhalten und Gesprächsführung	91
1.2.4	Teamarbeit	93
1.2.5	Selbstkontrolle und Selbstbeobachtung	93
1.2.6	Seminarbezogene Lernziele	95
1.3	Das Vermittlungsmodell: Eine Kombination aus erwachsenenbildnerischen und (gruppen-)psychotherapeutischen Methoden	96
1.3.1	Rahmenbedingungen der Fortbildungssituation	96
1.3.2	Wesentliche pädagogisch-therapeutische Handlungsorientierungen	99
1.3.3	Zielbereiche pädagogisch-therapeutischen Handelns	105
1.3.3.1	Berufsbezogene Selbsterfahrung	106
1.3.3.2	Gemeinsame Erarbeitung von Themen und spezifischen Betreuungssituationen	107
1.3.3.3	(Verhaltens-)übungen	108
1.3.3.4	Einzelfallhilfe und Einzelfallsupervision	109
1.3.3.5	Exkurs: Die Notwendigkeit fachlicher Anleitung und Überwachung	111
2	Darstellung des thematischen Seminarverlaufes	112
2.1	Lernabschnitt 1	113
2.2	Lernabschnitt 2	118
2.3	Lernabschnitt 3	122
2.4	Lernabschnitte 4 und 5	129
2.5	Abschließende Bemerkungen und Konsequenzen	134
3	Transferanalyse	137
3.1	Einleitung	137
3.2	Fördernde und hemmende Transferbedingungen	139
3.2.1	Bedingungen der Institution bzw. "Station"	139
3.2.2	Kontakt mit Mitarbeitern	140
3.2.3	Die Person des Pflegenden	141

	Seite
3.2.4 Kontakt mit Bewohnern	141
3.3 Konsequenzen	142
4 "Notsignale des alten Menschen" oder: Charakteristika häufiger Kommunikationssituationen zwischen Pflegenden und Bewohnern, die als "schwierig" empfundene werden	142
4.1 Einleitung	142
4.2 Alter und Geschlecht der beobachteten Stichprobe	143
4.3 Merkmale häufiger Kommunikationssituationen	144
4.4 Interpretation und Konsequenzen	148
TEIL IV: E R G E B N I S S E	150
0 Überblick	150
1 Ergebnisteil: Der Lernstil der Teilnehmer und erste Lernerfolge im Verlauf des Seminars	152
1.1 Ergebnisse zu seminarbegleitenden Rückmeldungen (Bewertung einzelner Lernabschnitte)	152
1.2 Weitere Ergebnisse zum Lernstil der Teilnehmer	158
1.3 Ergebnisse zur seminarbegleitenden Transferkontrolle (Versuchsgruppe)	161
1.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	161
1.3.2 Einzelergebnisse	162
1.4 Beurteilung der Relevanz einzelner Lerneinheiten	164
1.5 Konsequenzen	167
2 Ergebnisteil: Lernzuwachs im Bereich allge- meiner psychologischer Qualifikationen	169
2.1 Methodische Einführung	169
2.2 Veränderungen im beruflichen Alltag: Einige allge- meine Indikatoren	172
2.3 Veränderungen bei Pflegenden unter allgemeinpsycho- logischen Aspekten	174
2.3.1 Veränderte Selbstreflexion	174
2.3.2 Veränderte Gefühle im beruflichen Alltag	175
2.3.3 Verändertes Verhalten im beruflichen Alltag	176
2.4 Veränderungen im Bereich der Teamarbeit	178
2.4.1 Geeignete Formen des Umgangs mit Vorgesetzten	178
2.4.2 Eine selbständigere Meinung zum Thema Altenpflege	179
2.4.3 Verbesserte Zusammenarbeit mit Kollegen	180

2.5	Veränderungen im Bereich psychosozialer Hilfe	182
2.5.1	Eine andere Einstellung zum Altern und Sterben	182
2.5.2	Verbessertes Einfühlungsvermögen	185
2.5.3	Mehr Vertrauen in die Fähigkeit, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können	186
2.5.4	Verbesserte Interaktion zwischen Bewohnern und Pflegenden	191
2.5.5	Mehr präventive psychologische Hilfe	193
2.6	Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zum Lernzuwachs durch das Seminar und Konsequenzen	197
2.7	Methodischer Exkurs: Unterschiede im Problemausgangsniveau der 3 Untersuchungsgruppen	199
2.7.1	Analyse	199
2.7.2	Schlußfolgerungen	201
3	Ergebnistell: Veränderungen spezieller Probleme durch die Fortbildung	202
3.1	Methodische Einführung	202
3.2	Veränderungen	
3.2.1	Weniger Probleme im Umgang mit berufsbedingten Belastungen	205
3.2.2	Weniger Probleme bei der Initiierung gezielter psychologischer Hilfe	207
3.2.3	Gleichstand der Probleme bei der Einschätzung psychologischer Zusammenhänge	209
3.2.4	Weniger Probleme im Umgang mit alten Menschen, die unter psychischen/sozialen Problemen leiden bzw. als "schwierig" empfunden werden	210
3.2.5	Weniger Probleme bei der Begleitung Sterbender	212
3.2.6	Relativer Gleichstand spezieller Probleme im Umgang mit Mitarbeitern	214
3.2.7	Weniger beziehungshehmende Gefühle von Pflegenden	215
3.2.8	Weniger Einstellungen, die gezielte psychosoziale Betreuung verhindern	217
3.3	Weitere auffällige Veränderungen	219
3.3.1	Analyse	219
3.3.2	Welche Probleme können durch Fortbildung neu entstehen?	223
3.4	Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zur Veränderung spezieller Probleme und Konsequenzen	225
4	Ergebnistell: Zusammenfassende Vergleiche und Personenvarianzen	228
4.1	Fragen zum Lernzuwachs: Zusammenfassung der Ergebnisse	228

	Seite
4.2 Fragen zu speziellen Problemen: Zusammenfassung der Ergebnisse	231
4.2.1 Gleichstand, Zunahme und Abnahme von Problemen in den 3 Untersuchungsgruppen	231
4.2.2 Abnahme von Problemen durch Fortbildung	232
4.3 Interpretation	234
4.4 Unterschiede im Lernerfolg zwischen den Personen	235
4.4.1 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Lernerfolg und allgemeinen Personenmerkmalen?	235
4.4.2 Stellen sich Unterschiede bei absoluter Betrachtungsweise dar?	239
4.5 Konsequenzen	242
5 Ergebnisteil: Veränderungen im persönlichen Bereich	245
5.1 Veränderungen bei einzelnen Teilnehmern	245
5.2 Vergleich zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe I	254
5.3 Veränderungen persönlicher Schwierigkeiten	256
5.4 Konsequenzen	260
6 Ergebnisteil: Weitere Indikatoren für die Intensivierung Klinischer Psychologie mit Pflegenden	261
6.1 Nachträgliche Bewertungen des Gesamtseminares durch die Teilnehmer	262
6.1.1 Wie beurteilen die Teilnehmer nach den Erlebnissen ihres Seminares ihre früheren Kenntnisse und Fertigkeiten in Psychologie?	262
6.1.2 Wie beurteilen die Teilnehmer nachträglich den Stellenwert der Psychologie in dem Seminar, welches sie besucht haben?	262
6.1.3 Hielten die Teilnehmer das Seminar für eher theoriebezogen oder eher praxisorientiert?	263
6.1.4 Wie beurteilen die Teilnehmer der Versuchsgruppe nach dem Seminar im Überblick das Konzept der "gezielten psychologischen Betreuung"?	264
6.1.5 Wie beurteilen die Teilnehmer die ihnen für psychologische Hilfe zur Verfügung stehende Zeit in ihrem Arbeitsablauf?	265
6.1.6 Erachten die Teilnehmer in ihrer Position vertiefende psychologische Fortbildung für notwendig?	266
6.1.7 Haben sich frühere Erwartungen der Teilnehmer gegenüber dem Seminar erfüllt oder nicht?	267
6.1.8 Sind die Teilnehmer der Meinung, daß das Seminar bei ihnen einen tiefen gefühlsmäßigen Eindruck hinterlassen hat?	268

6.1.9	Wie beurteilen die Teilnehmer die Wirkung, die dieses Seminar in ihren Berufsalltag hinein haben wird?	269
6.2	Längerfristige Auswirkungen des Fortbildungsseminares	269
6.2.1	Ausgewählte Resultate der Vorher-Nachher-Befragung	270
6.2.2	Ergebnisse der Follow-up-Befragung	274
6.3	Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zu Einzelindikatoren und Konsequenzen	275

TEIL V:	ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT	278
---------	----------------------------	-----

TEIL VI:	BEWERTUNG UND AUSBLICK	295
----------	------------------------	-----

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

A U S W A H L B I B L I O G R A F I E

A N H A N G

E I N L E I T U N G

Die besondere psychische Situation alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland erfordert eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialpflege, Medizin, Sozialarbeit und Klinischer Psychologie. Dieses ist die vordringliche Erkenntnis, die aus den Bestrebungen der letzten Jahre um eine Verbesserung der Situation alter Menschen ableitbar ist. Insbesondere ist eine engere Kooperation mit Einrichtungen der Altenpflege erforderlich.

In diesem Forschungsbericht werden Perspektiven der Zusammenarbeit mit Pflegenden aus der Sicht der Klinischen Psychologie vorgestellt. Die vorliegende Erkundungsstudie geht dabei weniger auf die Situation alter Menschen ein (vgl. dazu etwa die umfassende Bibliographie von THÜRKOW, 1981) als auf die psychische Situation von Pflegenden. Ihre speziellen Probleme und psychologischen Aufgaben innerhalb einer Institution wurden von der wissenschaftlichen Öffentlichkeit bislang allenfalls am Rande erörtert (vgl. dazu z.B. das Programm des Internationalen Kongresses für Gerontologie in Hamburg, 1981).

Nicht zuletzt diese Nichtbeachtung schlägt sich nieder in einem ungünstigen, vorrangig somatisch ausgerichteten Personalschlüssel in Altenpflegeeinrichtungen, der es vielfach erheblich erschwert, alten Menschen die Betreuung zukommen zu lassen, die aus psychologischer Sicht erforderlich wäre. Auch Vorschläge zur Veränderung des Personalschlüssels (BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT, 1978) tragen den bedrängenden Problemen kaum Rechnung. Untersuchungen haben schließlich gezeigt, daß psychosoziale Bedürfnisse alter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen "kaum berücksichtigt" werden (RÜCKERT, 1979, 125). Infolge dieser Situation können erhebliche psychologische Qualifikationsdefizite auf Seiten der Pflegenden vermutet werden (vgl. z.B. REST, 1977; SCHMITZ-SCHERZER, SCHICK, KUHN & PLAGEMANN, 1978). Wie praktische Erfahrungen zeigen, empfinden sie selbst diese Situation als äußerst unbefriedigend und wünschen sich Fortbildungsangebote, die auf ihre besondere Situation zugeschnitten sind.

Die Arbeit in Institutionen unterliegt einer Vielzahl von restriktiven

Bedingungen. Dieses ist um so mehr der Fall, je geschlossener oder "totaler" die Institution organisiert ist (SCHENDA, 1972; GOFFMAN, 1977; STRAUCH, 1978). Es ist vor allem das Verdienst der "Bonner Schule", angeführt von Frau Prof. Lehr, in den letzten Jahren verstärkt auf Möglichkeiten psychosozialer Intervention im gerontologischen Bereich hingewiesen zu haben (LEHR, 1979).

Im Laufe meiner mehrjährigen psychologischen Praxis im Bereich der Altenpflege habe ich den Eindruck gewonnen, daß viele Kritiker der Institution Altenpflege nur selten wahrnehmen, daß sich das Selbstverständnis der Institutionen in einer Umbruchphase befindet. Die Frage, ob Pflegeinstitutionen eine gesellschaftliche Existenzberechtigung haben, ist angesichts des verstärkten Ausbaues von Altenpflegeplätzen im letzten Jahrzehnt anachronistisch: Es existieren in der Bundesrepublik Deutschland heute etwa 400.000 Plätze in Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflege-/Altenkrankenheimen. Ihre Zahl ist im Anwachsen begriffen.

Vordringliches Ziel Klinischer Psychologie kann es deshalb nur sein, Anregungen für menschenwürdiges Leben in einer Institution zu geben. Dieses bedeutet im wesentlichen, Hilfen anzubieten, die zu einer Verminderung oder Konstanthaltung psychischen Leidens beitragen. Dieser gesellschaftliche Auftrag existiert neben der Bestrebung, den Bereich offener und teilstationärer Hilfen zu erweitern.

Inwieweit die Klinische Psychologie wesentlich zu einer Verbesserung der psychosozialen Versorgung alter Menschen beitragen kann, muß sich erst in der Zukunft erweisen. Diese explorative Forschungsstudie mag einen Baustein in dieser Entwicklung darstellen.

Der Aufbau dieser Arbeit

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich im ersten Teil (Die Ausgangslage) mit Problemen der Arbeitssituation von Pflegenden, die aus unserer Sicht eine engere Zusammenarbeit mit der Klinischen Psychologie begründen. Nach der weiteren Darstellung psychologischer Qualifikationsprobleme, an denen Fortbildung unserer Meinung nach ansetzen sollte, suchen wir nach Ursachen für diese Situation. Dazu analysieren wir zunächst Defizite der psychosozialen Versorgung in Altenpflegeein-

richtungen und weisen dann nach, daß klinisch-psychologische Inhalte bei der Aus- und Fortbildung geriatrischen Pflegepersonals bislang höchst unzureichend berücksichtigt worden sind. Hieraus werden Schlußfolgerungen für das weitere Vorgehen gezogen.

Im Methodenteil diskutieren wir forschungsstrategische Überlegungen zur Evaluation des im Praxisteil vorgestellten Fortbildungsmodelles und stellen den Untersuchungsablauf dar.

Erste Ergebnisse zur Vergleichbarkeit verschiedener Untersuchungsgruppen enthalten empirische Daten über wesentliche Bedingungen der Arbeits- und Bildungssituation von Pflegenden.

Der nachfolgende Praxisteil schildert zunächst ausführlich das erarbeitete Fortbildungskonzept. Es besteht aus 3 Teilen: einer Skizze psychosozialer Aufgaben von Pflegenden, einer Beschreibung wesentlicher Kompetenzen zur Umsetzung dieser Aufgaben und einem pädagogisch-therapeutischen Vermittlungsmodell zur Kompetenzförderung durch berufsbegleitende Fortbildung.

Im folgenden 2. Kapitel stellen wir den thematischen Aufbau des durchgeführten vierwöchigen Fortbildungsseminares der Hauptuntersuchung dar. Auch enthält der Praxisteil wichtige Ergebnisse über die Transferierbarkeit der angebotenen Lerninhalte. Schließlich werden hier Resultate über häufige Kommunikationssituationen, die von Pflegenden bewältigt werden müssen, vorgestellt.

Der Ergebnisteil beschäftigt sich im engeren Sinne mit der Effizienzprüfung des entwickelten psychologischen Lernprogrammes. Veränderungen der psychologischen Qualifikation von Pflegenden geben vertiefend Einblick in ihre psychische und soziale Situation. Sie zeigen, daß die Altenpflegesituation in vieler Hinsicht verbessert werden kann und geben Hinweise auf weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit in Praxis und Forschung.

Der Bericht schließt ab mit einer Zusammenfassung und Bewertung des vorgestellten Modellversuches.

Ein Ziel dieser Studie haben wir im Hinblick auf den gegenwärtigen Forschungsstand Klinischer Psychologie in der Altenpflege darin gesehen, Annahmen über wesentliche Variablen durch die Erhebung empirischer Daten abzusichern. Es liegen dadurch eine Vielzahl von Ergebnissen vor, die wir nach und nach darstellen und interpretieren. Dieser kontinuierliche Wechsel in der Darstellungsform erschien uns sinnvoller, als zunächst nur die Ergebnisse vorzustellen, um dann in einem weiteren Kapitel diese zu diskutieren. Durch häufig eingeschaltete Orientierungen und Zusammenfassungen haben wir uns um Übersichtlichkeit bemüht.

TEIL I: DIE AUSGANGSLAGE

ZUR ORIENTIERUNG

Der vorliegende Bericht zur Ausgangslage schildert zunächst Probleme der Arbeitssituation von Pflegenden und Ansatzpunkte der Zusammenarbeit zwischen Klinischer Psychologie und Altenpflege. Im Anschluß nehmen wir zur weiteren Illustration einige Ergebnisse vorweg, die wir im Rahmen der Vorher-Nachher-Untersuchung zur Effizienzkontrolle des durchgeführten Lernprogrammes gewonnen haben. Nach der Schilderung dieser für psychologische Fortbildung grundlegend wichtigen Qualifikationssituation versuchen wir, deren Hintergründe aufzudecken. Dazu analysieren wir eingehend Strukturen der psychosozialen Versorgung sowie der Aus- und Fortbildung dieser Zielgruppe. Der bis dorthin erfolgte Bericht zur Ausgangslage begründet das weitere Vorgehen in dieser Studie.

1

WESENTLICHE PROBLEME DER ARBEITSSITUATION VON PFLEGENDEN

Der Altenpflegeberuf ist noch jung. Sein Ansehen von Außenstehenden ist vielfach geprägt durch Zurückhaltung, Kritik und Ablehnung einerseits und Bewunderung für die Bewältigung der schweren Aufgaben andererseits. Wesentlicher Hintergrund dieser zwiespältigen Haltung ist das öffentliche Ansehen von Altenpflegeeinrichtungen, mit denen viele Bürger als erstes Elend, Siechtum, Einsamkeit und Verlust von Selbstständigkeit verbinden (vgl. dazu z.B. ROSENMAYR & ROSENMAYR, 1978). Presseberichte verstärken diese öffentliche Meinung selektiv. Tatsächlich treten Probleme des Alterns in diesen Einrichtungen konzentriert auf, jedoch vor allem deswegen, weil sie aus dem gesellschaftlichen Normalleben ausgegliedert wurden. Hier ist durch Bestrebungen der letzten Jahre, ambulante Hilfsdienste aufzubauen, eine gegenläufige Tendenz beobachtbar. Die Klinische Psychologie kann zu diesem Prozeß wesentliche Anstöße geben. Wir möchten uns an dieser Stelle jedoch zunächst auf die Analyse des Arbeitsbereiches der sogenannten "stationären Altenhilfe", eine umstrittene Bezeichnung, beschränken.

Für den Beruf des Altenpflegers bedeutet die gegenwärtige Situation, Institutionalisierungseffekten, die infolge der "totalen" Versorgung durch eine Institution entstehen können, vorzubeugen (vgl. dazu z.B. FISCHER, 1976). Vorrangiges Ziel ist die weitgehende Erhaltung der Selbständigkeit von Personen, die weniger wegen ihres kalendarischen Alters, als vielmehr wegen sozialer, körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen in eine solche Institution gelangt sind. Nicht nur der Eintritt in eine Altenpflegeeinrichtung ist deshalb für viele alte Menschen mit tiefgreifenden psychischen Problemen verbunden, sondern ihr gesamtes zukünftiges Leben.

Für die Bewältigung von Aufgaben, die sich auf die seelische Situation alter Menschen beziehen, sind nur wenige Pflegenden hinreichend qualifiziert - viele sind überfordert. In dieser Situation kann die Fachwissenschaft der Klinischen Psychologie eine Vielzahl von Erkenntnissen und Erfahrungen zuliefern, um Altenpflegern die Erfüllung ihrer beruflichen Aufgaben zu erleichtern. Vor allem kann sie dazu beitragen, alltagspsychologisches Hilfeverständnis in die Richtung gezielter Hilfe zu steuern und bislang ungenutztes Hilfpotential zu aktivieren. Hierbei handelt es sich nicht lediglich um die Ausbildung von Laientherapeuten, sondern vorrangig um die Einbettung psychologischer Hilfe in das Berufsbild und die Praxis der Altenpflege. Insofern sollte die Zusammenarbeit zwischen Klinischer Psychologie und Altenpflege eine Richtung einschlagen, die wir hier vorläufig mit Ausbildung zu "professioneller Laienhilfe" umschreiben möchten.

1.1 ANSATZPUNKTE DER ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KLINISCHER PSYCHOLOGIE UND ALTENPFLEGE

Welches sind nun die Hauptansatzpunkte der Zusammenarbeit? Zunächst ist vorwegzuschicken, daß wir bislang viel zu wenig über die besondere psychische Situation von Pflegenden wissen, an der eine solche Zusammenarbeit, insbesondere Fortbildung, anzusetzen hätte. Auch wissen wir zu wenig darüber, inwieweit Bedingungen der Institution, z.B. Personal-, Ausstattungs- und Finanzierungsprobleme oder der Persönlichkeit, z.B.

von älteren oder jüngeren, weltlichen oder ordensgebundenen Krankenschwestern oder Altenpflegern, die Möglichkeiten seelischer Hilfe durch sie einschränken oder erweitern.

Wir möchten im folgenden programmatisch einige Bereiche herausgreifen, die sich durch die Zusammenarbeit mit Pflegenden im Rahmen der Voruntersuchung als besonders wichtig herausgestellt haben. Weitergehende theoretische Vorannahmen möchten wir hier nicht ausführlich behandeln, sondern auf die "Braunschweiger Studie" von Schmitz-Scherzer et al. , 1978, verweisen, die sich in Teilbereichen des hier vorgestellten Problemkreises gewidmet hat. Für den an Literatur interessierten Leser haben wir am Schluß dieser Arbeit eine Auswahlbibliographie zusammengestellt.

1.1.1 Zusammenarbeit durch Motivationsförderung

Wesentliche Kennzeichen problematischer Motivation von Pflegenden sind nach unseren bisherigen Erfahrungen folgende:

- Anzeichen beruflicher Depression
- resignative Haltung gegenüber der prinzipiellen Veränderbarkeit seelischer Probleme alter Menschen
- generelles, geringes Vertrauen, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können
- zu große Distanz zu Problemen des Gegenübers
- Überforderung durch die häufige Konfrontation mit psychischen und physischen Leiden und dadurch generellere Entmutigung und geringe Zuversicht
- Verleugnung und Beschönigung der tatsächlichen psychischen Probleme
- Tendenz zur allgemeineren Abwehr und Vermeidungsverhalten gegenüber Problemen

Diese und andere Faktoren existieren oft neben einem scheinbar ungebrochenen Willen, sich für Belange des alten Menschen einzusetzen, sie zu v e r sorgen und durch die Verwirklichung des Anspruches der Nächstenliebe einen christlichen Auftrag zu erfüllen. Aus diesen An-

sprüchen resultieren nicht selten Schuldgefühle und Versagensängste. Grundlegend für die Altenpflege in Institutionen ist aus unserer Sicht der Konflikt zwischen zu hohen Ansprüchen und der geringen verfügbaren Zeit.

Die Klinische Psychologie kann in diesem Bereich vor allem durch Anregungen zur Selbsterfahrung, durch exemplarische Verhaltensanalysen beruflichen Tuns und durch die Vermittlung systematischen Vorgehens bisherige Interaktionsstrukturen und Hintergründe bewußt machen.

1.1.2 Zusammenarbeit durch Hilfen zur besseren Erkennung psychischer und sozialer Probleme

Wesentlich ist hier aus unserer Sicht die Unkenntnis der meisten Pflegenden über die Entstehung und Aufrechterhaltung psychosozialer Probleme unter dem Gesichtspunkt eines sozialen Krankheitsmodelles.

Die Klinische Psychologie kann hier durch Erkenntnisse z.B. über Beobachtungsfehler oder Konstruktbildung, vor allem aber durch die Bereitstellung eines diagnostischen Rasters, welches Indikatoren für gezielte psychologische Hilfe beschreibt, unterstützend wirken.

1.1.3 Zusammenarbeit durch Hilfen zur Verbesserung der Alltagsinteraktion mit alten Menschen

Wichtige Kennzeichen der Problemlage sind hier:

- berufsbedingtes und dadurch unfreiwilliges ständiges Zusammenleben
- Auftreten von Problemen, die in Dauerbeziehungen phasenhaft häufiger zu beobachten sind, z.B. Konflikte, Aggressionen, Distanzgefühle oder Gefühle der Ablehnung
- zu geringes Vermögen, sich in die Sichtweisen des Gegenübers einzufühlen und eigene Empfindungen mitzuteilen

In diesem Bereich können klinisch-psychologische Methoden z.B. der Gesprächspsychotherapie (vgl. etwa BOMMERT, 1976), der Kommunikationstherapie (vgl. etwa FITTKAU, MÜLLER-WOLF & SCHULZ VON THUN, 1977; NELLESSEN, 1979) oder Verhaltenstherapie (vgl. etwa BLÜSCHL, 1969) Interaktions- und Kommunikationsstrukturen durchsichtig machen

und zur Veränderung eigenen Verhaltens beitragen.

1.1.4 Zusammenarbeit durch Hilfen zu gezielterer Unterstützung bei seelischen Problemen

Dieser Bereich ist aus unserer Sicht mit den zuvor Genannten eng verbunden. Drei wichtige Kennzeichen der Problemlage sind hier:

- Unkenntnis darüber, daß Alltagsinteraktionen psychische Probleme erheblich verstärken oder mindern können
- Unkenntnis über Strategien systematischer psychologischer Hilfe, vor allem der Prävention und Krisenintervention
- Unkenntnis über alternspsychologische Erkenntnisse und Schlußfolgerungen für die Praxis der Altenpflege

In diesem Bereich können vor allem Konzepte personenzentrierten Vorgehens hilfreich sein. In unserer Studie diente die vom Autor zusammengestellte Broschüre "Notsignale des alten Menschen" und ein vom Autor mitbegründetes Konzept "Kooperativer Psychotherapie" (MAIWALD & FIEDLER, 1981; FIEDLER, 1981) zur Strukturierung der Lernsituation und als Grundlage für Hilfen durch Pflegende. Auch wurden eine Reihe entwicklungspsychologischer Erkenntnisse herangezogen.

1.1.5 Zusammenarbeit durch Hilfen zur Verbesserung der speziellen Betreuungssituation der Sterbebegleitung

Die häufige Konfrontation mit emotionalen Problemen, die durch Endlichkeit, Tod und Sterben ausgelöst werden, ist für kaum einen Beruf typischer als für den des Altenpflegers. Wesentlich ist hier:

- die häufig enge positive wie negative Bindung zwischen dem Sterbenden und Pflegenden und dadurch die emotionale Loslösung
- Gefühle der Angst, Bedrohung, Ohnmacht, Trauer und Schuld
- unzureichende emotionale Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und Wünschen an das eigene Sterben
- mangelnde Bewußtheit über Kommunikationsstrukturen im Umgang mit Sterbenden und Angehörigen

Auch in diesem Bereich kann die Klinische Psychologie Hilfen anbieten,

die sich vor allem auf ein systematischeres und einfühlsameres Angehen der schwierigen Probleme beziehen.

1.1.6 Zusammenarbeit durch Hilfen zur Verbesserung der Teamarbeit

Mit diesem Bereich möchten wir abschließend auf Probleme hinweisen, die auch für die Koordination psychosozialer Hilfeleistungen von Bedeutung sind. Einige Probleme des Arbeitsplatzes sind hier:

- Konflikte zwischen einzelnen Teammitgliedern, vor allem diejenigen, die mit Ärger oder Selbstunsicherheit verbunden sind
- mangelnde Auseinandersetzung über persönliche Probleme im Arbeitsablauf und der Betreuung
- Gefühle der Konkurrenz, z.B. zwischen Altenpflegern und Krankenschwestern, verschiedenen Positionen oder zwischen Personen, die um die Zuwendung von Bewohnern wetteifern
- unzureichende Fähigkeit, Arbeitsabläufe zwischen verschiedenen Personen aufzuteilen, zu delegieren, anzuleiten und zu kooperieren
- die mangelnde Bewältigung von Streßsituationen

In diesem Bereich können klinisch-psychologische Methoden wie z.B. Übungen zur Selbstsicherheit oder Selbstkontrolle, allgemeiner zur Verbesserung der Interaktions- und Kommunikationsstrukturen hilfreich sein.

Wie aus den bisherigen Überlegungen deutlich geworden sein mag, erscheint es wenig sinnvoll, mit Pflegenden ein Konzept zu erproben, welches sich allein auf eine psychotherapeutische Richtung, z. B. der Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Kommunikationstherapie oder auf tiefenpsychologisch orientierte Verfahren stützt. Wenngleich wir einen Schwerpunkt bei der Vermittlung gesprächspsychotherapeutischer Methoden gesetzt haben, ist es nach unseren vorläufigen Überlegungen sinnvoll, verschiedene Aspekte dieser Strategien den jeweiligen Qualifikationsproblemen und Praxiserfordernissen anzupassen. Dazu ist ein gemeinsames, personenzentriertes Herausarbeiten der aktuellen Lernbedürfnisse und -erfordernisse notwendig. Unsere später im Fortbildungskonzept darzustellenden Erfahrungen haben gezeigt, daß es da-

zu sinnvoll ist, den Lernprozeß explizit als gemeinsam zu bewältigenden Problemlöseprozeß aufzufassen, innerhalb dessen der Gruppenleiter mit Hilfe verschiedener Handlungsorientierungen in verschiedenen Zielbereichen interveniert.

Es sei an dieser Stelle schon vorweggenommen, daß wir uns bei der Evaluation des Lernprogrammes weniger der eingehenden Überprüfung der Vermittlungsstrategie zugewendet haben, als vielmehr den Veränderungen bei den Teilnehmern. Der letztere Punkt war uns bei dem derzeitigen Forschungsstand wichtiger; der erstere muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

1.2 SPEZIELLE PROBLEME DER PSYCHOLOGISCHEN QUALIFIKATION VON PFLEGENDEN

Zur Illustration stellen wir schon an dieser Stelle Ergebnisse der Vorher-Nachher-Untersuchung zu folgenden Bereichen dar:

1. Probleme im Umgang mit berufsbedingten Belastungen
2. Probleme bei der Initiierung psychosozialer Betreuung
3. Probleme bei der Einschätzung psychologischer Zusammenhänge
4. Probleme im Umgang mit alten Menschen, die unter psychischen/sozialen Problemen leiden bzw. als "schwierig" empfunden werden
5. Probleme bei der Begleitung sterbender alter Menschen
6. Spezielle Probleme im Umgang mit Mitarbeitern
7. Beziehungshemmende Gefühle von Pflegenden und
8. Einstellungen von Pflegenden, die psychosoziale Betreuung eher verhindern.

Die Befragung richtete sich an 65 Pflegende. Die ergebnisverfälschende Variable Soziale Erwünschtheit/Selbstüberschätzung kann hierbei als weitgehend ausgeschlossen gelten. Der an weiteren methodischen Aspekten interessierte Leser sei auf die entsprechenden Ausführungen des Methodenteils hingewiesen.

Zunächst einige allgemeine Daten, die nicht in die spätere Auswertung

der Veränderungskontrolle einbezogen wurden:

- o Alle 65 Pflegenden sind der Meinung, daß sie öfter wissen sollten, was in den alten Menschen wirklich vor sich geht.
- o 93 % meinen, der Kontakt zu ihnen sollte viel persönlicher sein.
- o 74 % gaben an, sicher häufig nicht zu wissen, wie sich der Bewohner fühlt, den er gerade pflegt.
- o 79 % meinten, manchem Bewohner würde ein psychologisches Gespräch mehr nützen als ein religiöses
- o 96 % stellten fest, daß seelische Hilfen und Gespräche aus Zeitmangel viel zu kurz kommen.
- o 86 % gaben an, meist nicht genug Zeit zu haben, sich persönlich um jeden einzelnen Bewohner zu kümmern und
- o 77 % nehmen sich für jeden Bewohner nicht so viel Zeit, wie er eigentlich bräuchte.

1.2.1 Probleme im Umgang mit berufsbedingten Belastungen

Zu diesem Bereich wurden 11 Fragen gestellt, 3 davon beziehen sich auf Entlassungsmöglichkeiten durch (informelle) Weiterbildung.

43 % der 65 Pflegenden verspüren oft eine innere Unruhe, von der sie nicht loskommen; fast ebensoviele haben noch stärker das Gefühl, sie könnten oft nicht richtig durchatmen, weil die Arbeit sie stark belastet (46 %). Dieses mag in Zusammenhang stehen mit Selbstvorwürfen, die sich durch das berufstypische hohe Anspruchsniveau entwickeln: 3 von 4 Pflegenden machen sich häufig Vorwürfe, sich um bestimmte Bewohner nicht genügend gekümmert zu haben (74 %). Jeden 2. Pflegenden belastet es, Schwerkranke zu pflegen, weil er immer daran denken muß, wie er sich wohl verhalten würde, wenn er auch so krank wäre (55 %). Offensichtlich bedingt durch den Arbeitsalltag einer Pflegeeinrichtung verschaffen sich 57 % oft zu wenig Ruhe, um zu überlegen, was noch getan werden muß.

Diese Belastungen erfordern von den Pflegenden, sich in ihrer Freizeit aktiv um Ruhe für sich selbst zu bemühen. 44 von 65 Pflegenden kommen jedoch nach ihrer Arbeit häufig nicht richtig dazu, sich auszuruhen

und zu entspannen (68 %). Auch viele derjenigen, denen Entspannung in der Freizeit gelingt, können das Schicksal von Bewohnern auch dann nicht für eine Zeitlang vergessen (85 %). Es kommt immer wieder vor, daß sie bedrückt nach Hause gehen und nicht richtig abschalten können (84 %).

Eine wichtige Entlastungsmöglichkeit ist es, mit anderen über persönliche Erlebnisse bei der Arbeit zu sprechen. Viele kommen selten dazu (43 %). Auch als eine Entlastung kann es angesehen werden, von Zeit zu Zeit in einer Fachzeitschrift oder einem Fachbuch zu lesen. Hierzu kommen 2 von 3 Pflegenden selten, weder während ihrer Arbeitszeit noch in ihrer Freizeit (65 %): 63 % gaben an, in ihrer Freizeit meist nicht mehr die Energie zu haben, sich irgendwie weiterzubilden.

1.2.2 Probleme bei der Initiierung psychosozialer Betreuung

Psychologische Hilfe für alte Menschen findet auch statt, wenn Pflegende keine psychologische Aus- oder Fortbildung erhalten haben. Das Ausmaß der bereits geleisteten Hilfe festzustellen, ist jedoch sehr schwierig. Es werden im folgenden 16 Aspekte dargestellt, die als wesentliche Indikatoren für die bewußte Initiierung gezielter, und das heißt, geplanter psychologischer Betreuung gelten können.

Etwa die Hälfte der 65 Pflegenden spricht "nur manchmal" mit einem Bewohner über dessen Sorgen und seelische Probleme (53 %), ein Drittel von ihnen gab vor der Fortbildung an, daß Gespräche^{*} ganz allgemein nie länger als eine Viertelstunde dauern (34 %).

Ausgeprägt ist das Vermeidungsverhalten von Pflegenden gegenüber seelischer Hilfe: Jeder 2. von ihnen schiebt manchmal Gespräche mit Bewohnern vor sich her (56 %), jeder 3. hat manchmal Angst, daß "alles erst richtig aufbrechen würde", wenn er auf die Sorgen und Nöte alter Menschen einginge (38 %). Sehr häufig gaben Pflegende an, sich vorzunehmen, mit einem Bewohner zu sprechen, dann aber nicht dazu zu kommen (71 %). Die Hälfte von ihnen tut manchmal lieber etwas Anderes, statt

^{*} Es kann wohl angenommen werden, daß die Pflegenden diese Frage durch den Kontext des Fragebogens auf "intensivere" Gespräche bezogen haben und nicht auf "pflegebegleitende" Gespräche.

zu einem Bewohner zu gehen, der seelische Hilfe von ihm (!) brauchen könnte.

Ein besonderer Aspekt des Vermeidungsverhaltens ist, daß ca. jeder 5. Pflegende Sitzwache und Gespräche mit Sterbenden am liebsten jemandem anders überlassen würde (18 %).

Das psychologische Aus- bzw. Fortbildungsbedürfnis von Pflegenden wird durch die folgenden Ergebnisse verdeutlicht: 72 % von ihnen fühlen sich intensiveren Gesprächen mit "schwierigeren" Bewohnern manchmal nicht gewachsen. Viele stimmten dem Statement zu, daß sie zu oft nicht wissen, wie sie einem Bewohner durch ein Gespräch helfen könnten, besser zurecht zu kommen (58 %), etwa genau so viele gaben an, oft nicht zu wissen, wie sie ein solches Gespräch einleiten könnten (50 %). Wenn ein Bewohner Sorgen hat, gehen die meisten der Pflegenden weniger auf ihn zu und sprechen ihn an, sondern warten, ob dieser von sich aus darüber spricht (44 %). Öffnet sich ein Bewohner mit seinen Problemen, hören viele Pflegende nur zu, ohne selbst ein Wort zu sagen (46 %). Jedem 2. Pflegenden gelingt es zu mehreren alten Menschen nicht so recht, ein Vertrauensverhältnis zu bekommen (50 %). Etwa gleich viele wissen häufiger nicht mehr, was sie tun sollen, wenn ein Bewohner die Pflege verweigert (48 %). Viele machen sich allerdings einen ausführlicheren Plan, wie sie "problematischen Bewohnern" am besten helfen könnten (44 %). Wenige nur schreiben auffälliges Verhalten auf (24 %), um es selbst behalten zu können oder andere Mitarbeiter darüber zu informieren. Dieses ist bei zugrundeliegenden psychischen Problemen nicht nur eine Frage des Ausdrucksvermögens, sondern vor allem der Wahrnehmung der Intimsphäre.

1.2.3 Probleme bei der Einschätzung psychologischer Zusammenhänge

5 Fragen sollten hier Probleme sichtbar machen.

27 % der Pflegenden gaben an, nicht beurteilen zu können, ob ein Bewohner seelische Probleme hat oder nicht. Dieser Beurteilungsschritt kann sicher als der grundlegendste für die Einleitung gezielter Hilfe gelten. Nach dem Erkennen aber, daß psychische Probleme eine große Bedeutung haben, müssen Pflegende beurteilen können, um welche Probleme es sich handelt. Auffallend viele von ihnen wissen jedoch zu oft

nicht, ob sie die seelischen Probleme der Bewohner richtig beurteilen (89 %). Diese Unsicherheit drückt sich darin aus, daß 73 % häufig nicht verstehen, warum als problematisch eingeschätzte alte Menschen sich so verhalten wie sie es tun. Übereinstimmend sind 89 % der Meinung, daß sie alte Menschen besser pflegen könnten, wenn sie über mehr psychologisches Wissen verfügten. Vor allem fehlt ihnen das Wissen, seelische Probleme in Worte zu fassen (83 %).

1.2.4 Probleme im Umgang mit alten Menschen, die unter psychischen/sozialen Problemen leiden bzw. als "schwierig" empfunden werden

Drei Viertel aller Pflegenden drückten bei den hier gestellten 11 Fragen eine große Unsicherheit aus: Sie wissen oft nicht, ob das, was sie an psychologischer Hilfe leisten, richtig ist oder nicht (75 %). Macht ein Bewohner von sich aus deutlich, daß er Sorgen und Nöte hat, fällt es 2 von 3 Pflegenden manchmal schwer, darauf einzugehen (67 %). Besonders hilflos sind sie gegenüber alten Menschen, die häufig enttäuscht wurden und Gefühle der Verbitterung empfinden (84 %). Auch gegenüber jenen, die sich anderen Menschen gegenüber unsicher und gehemmt verhalten, können viele nur unangemessen reagieren (63 %).

Wenn alte Menschen unter Passivität und Antriebslosigkeit leiden oder über längere Zeit sehr traurig und niedergedrückt wirken, wissen viele Pflegende oft nicht, wie sie sich verhalten sollen (61 % und 57 %). Demgegenüber gaben "nur" je ca. ein Viertel der 65 Befragten an, nicht helfen zu können, wenn ein Bewohner von starken Ängsten bedrückt wird (23 %), oder sich ein alter Mensch abgeschoben und alleingelassen fühlt (24 %). Auf Bewohner, die immer wieder von ihrer Einsamkeit sprechen, können nach ihren Angaben 18 % "nicht mehr so richtig" eingehen.

Es mag zunächst angedeutet bleiben, daß diese und vielleicht auch andere Prozentangaben eher eine Unterschätzung der tatsächlich empfundenen Hilflosigkeit repräsentieren. So stehen auch die 30 % der Pflegenden, die angaben, ständig unzufriedene "Bewohner nicht mehr so nehmen zu können, wie sie sind", für ein außerordentliches Maß an Offenheit gegenüber den hier gestellten Fragen. Und schließlich: Jeder 2. Pflegende gab an, daß es schon einmal vorkommt, daß er es die alten

Menschen "richtig spüren" läßt, wenn er über sie verärgert ist (55 %).

Dieses Ergebnis verdeutlicht die Brisanz der psychischen Situation von Pflegenden in besonderer Weise. Ich möchte einige Aspekte vertiefend erläutern.

Auch wenn bei der letzten Frage nicht mehr zu klären ist, ob Pflegende ihre Aggressionen offen oder versteckt spüren lassen, so wird doch ihre Konfliktsituation offenkundig: Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Versagensgefühle und Angst mischen sich mit dem Anspruch, als ein solcher Helfer zur Verfügung stehen zu müssen, der eigene Bedürfnisse zurückstellt. Die Abhängigkeit vieler alter Menschen ist wie die Hilflosigkeit der Pflegenden Hintergrund für tiefgreifende Interaktionskonflikte, die nicht selten von beiden Seiten mit verschiedenen Machtmitteln aufrecht erhalten werden. Solche Interaktionsmechanismen belasten für alle Beteiligten den Alltag.

Demgegenüber stellt die Situation der Sterbebegleitung eine außerordentliche Belastung dar, die nicht nur bei vielen Sterbenden Gefühle der Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit hervorrufen. Durch die häufige Konfrontation mit diesen Gefühlen werden Pflegenden auf Grundkonflikte ihrer Arbeit gestoßen. Sie sind nicht nur gefordert, extreme emotionale Belastungen zu ertragen, sondern auch darin, sich gleichzeitig mit ihnen auseinanderzusetzen. Anders ist psychologische Hilfe nicht denkbar. Viele Pflegenden sind dadurch überfordert. Verdrängung und Verleugnung von Belastungen sind die Folge, die Konfrontation mit dem Sterben wird von vielen vermieden, wann immer es möglich ist.

Die besondere psychische Situation von Pflegenden verschärft sich, wenn vor Beginn des Sterbeprozesses starke Alltagskonflikte vorherrschen, die nicht mehr durch Offenheit und Solidarität durchbrochen werden können.

1.2.5 Probleme bei der Begleitung Sterbender

Aspekte dieser psychischen Situation von Pflegenden wurden in der Vorher-Nachher-Befragung durch 13 Fragen erfaßt.

68 % stimmten zu, daß sie nicht mehr richtig darauf eingehen können, wenn alte Menschen immer wieder davon sprechen, daß sie sterben möch-

ten. Dieses Ergebnis ist wichtig, weil diese Situation so häufig vorkommt. Auch wenn alte Menschen nicht den Wunsch haben zu sterben, sondern Angst vor dem Tod (was sich nicht ausschließt), reagieren 2 von 3 Pflegenden zwar darauf, fühlen sich aber danach doch oft selbst hilflos (67 %). Jeder 2. Pflegende kann nicht einschätzen, was Sterbende von ihm erwarten (58 %). Trotz jahrelangem Zusammenleben bleiben gegenseitige Erwartungen und Wünsche offenkundig ein tabuisiertes Gesprächsthema. Bei jedem 4. Pflegenden kommt es vor der Fortbildung häufiger vor, daß er sich innerlich dagegen sperrt, wenn ein Sterbender ihm sein Vertrauen schenken möchte (24 %), je 16 % scheuen sich oft, in einen Raum zu gehen, in dem ein Sterbender wartet oder es kostet sie fast jedes Mal Überwindung, sie zu pflegen.

Wenn sie mit Sterbenden sprechen, sind 56 % der Krankenschwestern und Altenpfleger innerlich meist (doch) nervös und angespannt, ebensoviele finden meist nicht die richtigen Worte, um einem Sterbenden zu helfen (56 %). 64 % schließlich gaben an, nicht zu wissen, wie man einem "eigensinnigen und unzugänglichen" Bewohner das Sterben erleichtern könnte.

Auch im Verhalten gegenüber Angehörigen gibt es wichtige Probleme:

Wenn diese über den Zustand des todkranken Patienten informiert werden müssen, können 39 % der Pflegenden häufig nicht richtig auf ihre emotionale Situation eingehen. Fast die Hälfte kann ihnen auch schlecht vermitteln, daß sie einem Sterbenden das Sterben möglicherweise nicht noch schwerer machen sollen (49 %). 71 % der Krankenschwestern und Altenpfleger schließlich kamen vor der Fortbildung aus irgendwelchen Gründen meist nicht dazu, solchen Angehörigen zu helfen, die das Sterben ihres Nächsten nicht ertragen können.

Es ist hier anzumerken, daß "das Problem der Angehörigen" oft unbeachtet bleibt, wenn über das Thema Sterbebegleitung berichtet wird. Nicht selten bestehen zwischen ihnen und dem Sterbenden gravierende Konflikte oder Gefühle der Distanz. Die Position der Pflegenden wird dann umso wichtiger, wenn solche Probleme offensichtlich sind, aber vom Sterbenden aufgrund familiärer Bindungen hingenommen werden. Pflegende können hier mit geeignetem Einfühlungsvermögen große Erleichterungen schaffen.

1.2.6 Spezielle Probleme im Umgang mit Mitarbeitern

In dem hier beschriebenen Zusammenhang wurden 9 Fragen gestellt.

Jedem dritten der 65 Pflegenden fällt es schwer, seinen Standpunkt gegenüber der Heimleitung zu vertreten (37 %). Jeder 4. spricht selten oder gar nicht mit Vorgesetzten über die seelischen Probleme von Bewohnern (23 %). Dieses ist ein verhältnismäßig hoher Prozentsatz angesichts der eigenen Hilflosigkeit, aber auch verständlich durch die Probleme, die sich durch eine solche "Supervision" für das Vertrauensverhältnis zwischen Bewohnern und Pflegenden ergeben. Manche Pflegende scheuen solche Gespräche mit Vorgesetzten, weil sie annehmen (können), daß ihr Vorgesetzter vertrauliche Informationen auf irgendeine Art weitervermittelt.

Nur etwa ein Viertel aller Pflegenden gab an, häufiger Schwierigkeiten mit anderen Mitarbeitern zu haben (27 %). Demgegenüber wurden die folgenden Probleme nicht als Schwierigkeiten empfunden. Denn etwa 2 von 3 Pflegenden gaben an, gegenüber Mitarbeitern häufig nicht "nein" sagen zu können (68 %) und 3 von 4 geben bei Meinungsverschiedenheiten lieber nach, als es zu einer größeren Auseinandersetzung kommen zu lassen (77 %). Das Ausmaß gegenseitiger Offenheit, welches eine Voraussetzung für das Lösen gemeinsamer Probleme darstellt, wurde durch folgende Fragen erfaßt: 39 % können ihren Mitarbeitern oft nicht sagen, was sie für das Richtige halten. 63 % stimmten dem Statement zu: "Wenn mich an einem Mitarbeiter etwas stört, sage ich ihm das häufig nicht". Und 80 % glauben, daß ihre Mitarbeiter oft nicht wissen, was in ihnen (wirklich) vorgeht.

Schließlich gab etwa die Hälfte der 65 Pflegenden an, daß sie in Mitarbeiterbesprechungen meist nur wenig sagen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß es solche gemeinsamen Besprechungen in mehreren Häusern, vor allem den kleineren, gar nicht gibt.

1.2.7 Beziehungshemmende Gefühle von Pflegenden

In der Voruntersuchung und in verschiedenen Fortbildungsseminaren konnte festgestellt werden, daß einige Gefühle gegenüber Bewohnern das Engagement für die gemeinsame Verminderung seelischer Probleme erheblich einschränken. Dasselbe gilt für einige Einstellungen, die im

letzten Abschnitt beschrieben werden.

Fast die Hälfte der Pflegenden gab an, daß sie manchmal Gefühle des Ekels gegenüber alten Menschen empfinden (48 %). Dieses liegt weniger daran, daß es sich um alte Menschen handelt, als um pflegebedürftige Menschen, deren Krankheiten und Behandlungsbedürftigkeiten einen engen Körperkontakt erfordern. Vor allem Gerüche, auch von Exkrementen, lösen dieses Gefühl bei den Pflegenden aus.

40 % der 65 befragten Personen konnten dem folgenden Statement nicht zustimmen: "Gegenüber mehreren Heimbewohnern empfinde ich so etwas wie Zärtlichkeit". Nahezu die Hälfte ärgert sich oft zu schnell über die alten Menschen, die sie pflegen (46 %). Ebenso jeder 2. Pflegende spricht manchmal mit Bewohnern über dessen Probleme, obwohl er eigentlich keine Lust dazu hat (50 %).

Sehr viele Pflegende beklagten diesen Zustand einseitiger Distanz, in dem sie dem allgemeinen Statement zustimmten: "Durch die vielen alltäglichen Erledigungen bekommt man oft zu viel Abstand zu Bewohnern" (73 %). In die folgende Formulierung schließlich geht noch mehr der Aspekt der scheinbaren Unveränderbarkeit der Verhältnisse ein: 22 % stimmten dem Satz zu: "Es ist leider so, aber mit der Zeit wird man dem Schicksal von Bewohnern gegenüber immer gleichgültiger". Wenngleich die hier ausgedrückte Tendenz durch den Anspruch empathischen Verstehens fast selbstverständlich zu sein scheint, impliziert dieses Item neben der Rationalisierung die Existenz des Gefühls der Gleichgültigkeit.

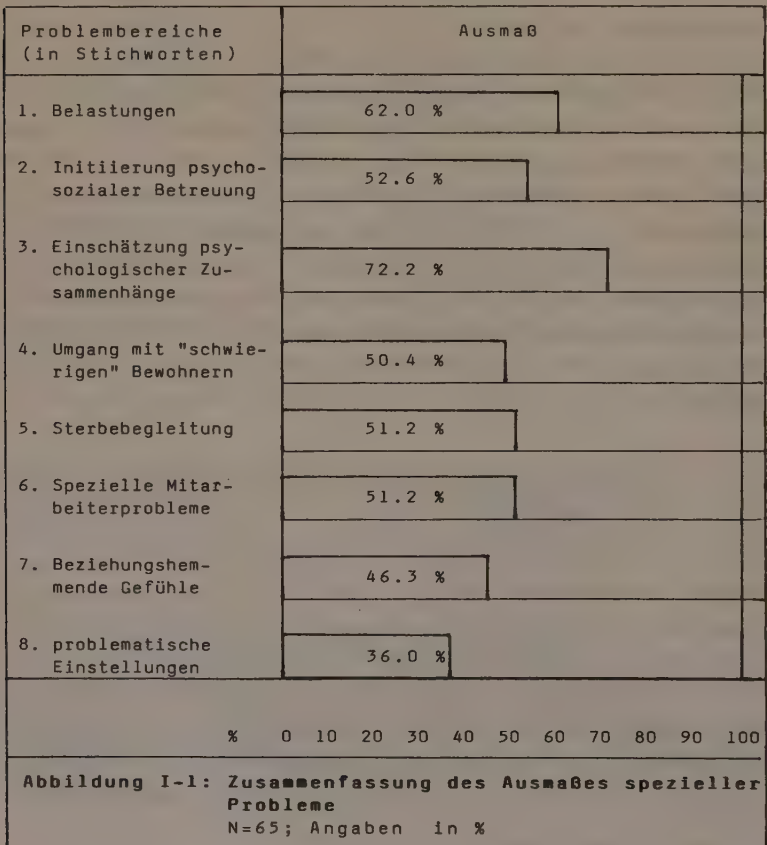
1.2.8 Einstellungen von Pflegenden, die psychosoziale Betreuung eher verhindern

Fast 60 % meinen, daß die meisten (!) seelischen Probleme der alten Menschen so massiv seien, daß die Hilfe im Grunde zu spät komme. In diesem Item überwiegt der "therapeutische Nihilismus" gegenüber der möglicherweise vorhandenen Einsicht in die Begrenztheit eigener Hilfe. Indirekt wird die verhältnismäßig geringe Gesprächsbereitschaft mancher Pflegenden durch die folgenden Ergebnisse belegt: Jede 3. befragte Person meint vor der Fortbildung, daß vielen (!) alten Menschen Gespräche nicht helfen würden (33 %) und insbesondere, daß man verwirr-

ten Bewohnern nicht mehr richtig helfen könne (35 %). Fast die Hälfte aller 65 Befragten meinten gar, daß man Patienten, die an einer Arteriosklerose leiden, mit Worten nicht helfen könne (46 %). Noch extremer sind schließlich 5 Pflgende vor der Fortbildung der Meinung, daß seelische Hilfen und Gespräche nicht zu den wesentlichen Aufgaben des Berufes der Altenpflege gehören (7 %).

1.2.9 Zusammenfassung

Die folgende Abbildung zeigt noch einmal im Überblick das durchschnittliche Ausmaß spezieller Probleme bei den 65 befragten Personen.



2 DEFIZITE DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG IN ALTENPFLEGE- RICHTUNGEN

2.1 DIE SITUATION ALTER MENSCHEN HEUTE - KONSEQUENZEN FÜR DIE ALTENPFLEGE

In der Bundesrepublik Deutschland waren 1980 etwa 19,2 % der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre alt. Im Jahre 2030 werden es voraussichtlich etwa 32,8 % sein. Etwa 4,5 % der über 65jährigen lebte 1980 ständig in Einrichtungen der sogenannten "stationären" Altenhilfe, dem Bereich der Arbeit mit alten Menschen, über den dieser Bericht Aussagen macht (DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN, 1982).

Es ist abzusehen, daß die sogenannte "Alterspyramide" weltweit zu einem akuten Versorgungsdefizit alter Menschen in der Zukunft führen wird. Daß es sich hierbei um ein internationales Problem handelt, mögen die folgenden Zahlen belegen. Die Fachzeitschrift ALTENHILFE (1979, 6, S.1) schreibt dazu: "1979 wies der Generaldirektor der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) darauf hin, daß im Jahre 2020 in 33 Industriestaaten 270 Mill. Rentner, Hausfrauen und Behinderte leben, d.h. je 1000 Arbeitnehmer müssen für 380 Nichtaktive sorgen. 1950 war das Verhältnis noch 1000 zu 200." (vgl. ALTENHILFE, 1978, 12, S. 52; 1979, 11, S. 43).

Durch die frühere, u.a. gesundheitsbedingte Pensionierung und höhere Lebenserwartung wird das Alter zu einem mehr als früher beachteten Lebensabschnitt. Besonderen Stellenwert in der psychosozialen Versorgung alter Menschen hat hier die Lebensverlängerung, d.h. die Aufrechterhaltung der biologischen Lebensfähigkeit durch fortschrittliche medizinische Maßnahmen. Es entstehen für Altenpflegeeinrichtungen qualitativ neue Probleme z.B. der Immobilität und der Sterbebegleitung, die sich grundlegend auf die Tätigkeit der Pflegenden auswirken. Aufseiten der alten Menschen spiegelt sich diese Entwicklung als "Spitze eines Eisberges" z.B. in Italien und der Bundesrepublik in einer äußerst hohen Selbstmordrate wider (ALTENHILFE, 1978, 12, S. 52; HAUTZINGER, 1979). Nach einer eigenen Untersuchung von OBERWITTLER, 1978, liegt sie in der Bundesrepublik überdurchschnittlich hoch im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. Bei über 90jährigen ist sie annähernd

doppelt so groß wie bei 75- bis 80jährigen (DEININGER, 1970 zitiert nach HAUZINGER, 1979).

Über psychische Auswirkungen chronischer Krankheiten und über Möglichkeiten psychosozialer Hilfe wird in Zukunft mehr denn je gesprochen werden müssen (vgl. dazu auch MAIWALD i.V.; SAUTER-SERVAES, 1982; MAIWALD, SCHMITT & STEINZEN, voraussichtlich 1983; ARBEITSGRUPPE PSYCHOLOGISCH-PÄDIATRISCHE NEPHROLOGIE, 1982a, b). Probleme psychosozialer Adaptation an physische Langzeiterkrankungen sind zu einem erheblichen Teil ein Problem alter Menschen und ihrer Bezugspersonen.

Weiter hervorzuheben ist die bedenkliche Lage der älteren Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. LEHR, 1978 hat dazu eine umfangreiche Dokumentation vorgelegt. Das Verhältnis der Männer zu den Frauen über alle Altersgruppen lag danach bei etwa 100:109, bei den über 65jährigen jedoch 100:166 (1980: 100:180 und 1990: 100:260). Auch diese Zahlen machen besonders im Hinblick auf das starke Übergewicht der Frauen in Einrichtungen der Altenpflege (vgl. SCHMITZ-SCHERZER et al., 1978, 31) neue Perspektiven der psychosozialen Versorgung in diesem Bereich notwendig.

2.2 ALTENPFLEGE-EINRICHTUNGEN IN DER ENTWICKLUNG - ÜBERBLICK ÜBER DEN GEGENWÄRTIGEN STAND

2.2.1 Bedarfsplanung durch Altenpläne

Die Überlegungen zur Bevölkerungsentwicklung führten zu Bedarfsplanungen der einzelnen Bundesländer, um den bevorstehenden Versorgungsdefiziten möglichst vorzubeugen (vgl. auch HINSCHÜTZER & KRUG, 1978). Eine auf das gesamte Bundesgebiet bezogene Bedarfsanalyse oder eine bundesweite Auflistung der bestehenden sozialen Dienste für alte Menschen gibt es laut parlamentarischer Anfrage 1978 nicht (BUNDESTAGSDRUCKSACHE 8/2301, zitiert nach ALTENHILFE, 1978, 12, S. 49f).

Einen Einblick in die Versorgungslage gibt beispielhaft der 3. bayerische Altenplan für Altenhilfe (1978) (zitiert nach ALTENHILFE, 1978, 12, S. 50f).

Danach wollen in Bayern etwa 5,65 % der über 65jährigen einen Heimplatz in Anspruch nehmen. Die Versorgungsdichte lag 1978 nach günstigen Berechnungen bei etwa 5,26 Plätzen je 100 ältere Mitbürger. Das starke Ansteigen der Zahlen

Hochbetagter wird nach den angeführten Prognosen von 1977 bis 1983 etwa eine Verdoppelung der Pflegeplätze erforderlich machen. Während 1977 insgesamt 14.567 speziell zur Pflege ausgestattete Plätze in Bayern gezählt wurden, so steigt der Bedarf nach den Berechnungen auf rund 28.500 bis zum Jahre 1983. Berücksichtigt man den verstärkten Ausbau der Pflegeplätze, so wird auch 1983 ein Fehlbedarf von etwa 7500 Heimplätzen in Bayern zu verzeichnen sein.

2.2.2 Trend zur ambulanten Versorgung im Rahmen der "offenen" Altenhilfe

Vor allem aufgrund dieser Prognosen ist ein Trend in allen Bundesländern zu beobachten, die ambulante Versorgung für ältere Menschen zu verbessern. Das System der sozialen Dienste soll ausgebaut und die Hilfsangebote auf diesem Gebiet weiter aufgegliedert werden, um alten Menschen Möglichkeit zu geben, lange in ihrer eigenen Wohnung und damit in ihrem gewohnten sozialen Umfeld bleiben zu können.

Solche der "offenen Altenhilfe" zugeordneten sozialen Dienste sind etwa vertreten durch die "Sozialstationen".

Diese Einrichtungen betreiben im wesentlichen ambulante Krankenpflege und werden deshalb stark von ärztlicher Seite kontrolliert. Psychosoziale Hilfe wurde bislang nicht explizit in den Aufgabenkatalog der Sozialstationen aufgenommen - sie wird durch zusätzliches Engagement der Pflegenden geleistet. Abrechnungsformulare sehen für solche Leistungen keine Spalte vor.

Weitere soziale Dienstleistungen sind Mahlzeitendienste, Einkaufsdienste, Haus- und Familienpflege, ambulante Altenpflegedienste, die meist von Heimen unterhalten werden, Wäschedienste, Abholdienste u.a.m. Zu dem Bereich der offenen Altenhilfe werden außerdem die Altenclubs und Altenpflegetagesstätten gerechnet, in denen häufig auch ausgebildete Altenpfleger arbeiten.

Dieser ambulante Bereich wird in Zukunft einen besonderen Stellenwert in der psychosozialen Versorgung einnehmen. Die Entwicklung und Validierung klinisch-psychologischer Konzepte ist dort ebenso dringlich wie in dem hier vorgestellten Arbeitsfeld.

2.2.3 Besondere Probleme verschiedener Institutionsformen der "stationären Altenhilfe"

Ebenso wie die sozialen Dienste der offenen Altenhilfe werden die Institutionen der "stationären Altenhilfe" - das sind im wesentlichen Altenwohnheime, Altenheime und Altenpflegeheime - in der Bundesrepublik Deutschland unterhalten in freier, öffentlicher oder gewerblicher Trägerschaft.

Am Beispiel des 3. bayerischen Altenplanes für Altenhilfe von 1978, der am ehesten mit Verhältnissen in Nordrhein-Westfalen vergleichbar ist, entfallen auf freie Trägerschaften ca. 57 %, auf öffentliche Trägerschaften ca. 25 % und auf gewerbliche Trägerschaften ca. 18 % der insgesamt 63.182 Plätze in 767 Einrichtungen. Die in diesem Forschungsbericht vorgelegten Daten beziehen sich nur auf Einrichtungen in katholischer, d.h. freier Trägerschaft. In Nordrhein-Westfalen überwiegt der Anteil dieser Einrichtungen sehr deutlich.

In zunehmendem Maße werden in der gesamten Bundesrepublik Deutschland die drei oben genannten Einrichtungstypen kombiniert. Der Grund hierfür liegt vor allem darin, alten Menschen bei steigender körperlicher Pflegebedürftigkeit den Wechsel von einer zur anderen Institution nicht noch schwerer zu machen.

Dieser Gedanke schlägt sich auch nieder in dem Trend zur Kombination von Pflege- und Wohn-"Stationen"* bei der Konzeption neuer Heime.

Obwohl eine solche Kombination das Lebensgefühl der gesünderen Bewohner beeinträchtigen kann, bietet sie doch viele Vorteile und wird bei Neubauten noch zu selten berücksichtigt. Denn andererseits kann diese Kombination dazu beitragen, Ängste und Nöte zu vermindern.

Neben den drei angeführten Typen gibt es in den letzten Jahren immer mehr kleinere Krankenhäuser, die zu einem Altenpflegeheim umgebaut wurden, die Altenpflegestationen in kleineren Krankenhäusern und die

* Der Begriff "Stationen" wird hier übernommen, weil er sich leider mehr und mehr im Rahmen der Bezeichnung "stationäre Altenpflege" durchgesetzt hat. Um zu verdeutlichen, daß bei dieser Bezeichnung von der medizinisch geprägten, beruflichen Seite ausgegangen wird, statt von der Bewohnerseite, wird der Begriff Station nur noch bei der Bezeichnung "Pflegestation" nicht in Anführungszeichen gesetzt. Dieses soll verdeutlichen, daß alte Menschen nicht auf Stationen wohnen, sondern allenfalls in Etagen oder Bereichen.

Altenkrankenhäuser. Im Rahmen der Fehlbedarfsplanungen, der allgemeinen Kostendämpfungsbestrebungen im Gesundheitswesen und der gemeindenahen Versorgung sind vor allem die umgebauten Krankenhäuser vor große Probleme gestellt.

Die Atmosphäre dieser "neuen" Heime wird voraussichtlich einen großen Einfluß auf das zukünftige Bild der Öffentlichkeit von den Altenpflegeeinrichtungen haben. Die Atmosphäre dieser Häuser bleibt aus architektonischen und personellen Gründen die eines Krankenhauses: ein Zuhause, welches Krankheit in den Vordergrund rückt. Vor allem die älteren Mitbürger der umliegenden Bevölkerung - die potentiellen Bewohner - kennen diese Häuser als Krankenhäuser. Bestrebungen, die Gleichung Alter heißt Krankheit in eine positivere Einstellung zum Altern zu verändern, werden so massiv unterlaufen. Wer will schon in ein Krankenhaus? - wenn alte Menschen in ein Altenpflegeheim müssen, sind schlechte Voraussetzungen für eine psychosoziale Adaptation gegeben.

Neben den bisher beschriebenen Typen sind alte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland institutionalisiert in geriatrischen Fachkrankenhäusern oder geronto-psychiatrischen Fachabteilungen der Landeskrankenhäuser untergebracht. Vor allem bedingt durch die Dezentralisierungstendenz der Landeskrankenhäuser entstehen in zunehmendem Maße psychiatrische "Stationen" auch in Altenheimen und Altenpflegeheimen.

Auch hier entwickeln sich in zunehmendem Maße große psychosoziale Versorgungsprobleme, die - vereinfacht gesehen - zuvor in den Landeskrankenhäusern nicht zu lösen waren, und jetzt auf die Altenheime verlagert werden. Diese ihrerseits sind dann überfordert. In den Vordergrund rücken vor allem in diesen psychiatrischen Stationen der Pflegeheime Probleme des Personals, der Aus- und Fortbildung und der Ausstattung. Außerdem beschränkt sich die medizinische Überwachung und Nachsorge in der Praxis häufig auf Fragen der Medikamentierung. Psychosoziale und psychotherapeutische Angebote sind selten. Die Hauptlast haben die Pflegenden zu tragen, die durch Überforderung immer häufiger entmotiviert werden. Dieses sehr spezielle Überforderungssyndrom ist um so beachtlicher, wenn man in Rechnung stellt, daß zwischen der Zufriedenheit des Personals und der der Bewohner ein enger Zusammenhang besteht (vgl. FISCHER, 1976).

Ein umfassender Überblick über Adressen und Aufgabengebiete geriatrischer, d.h. medizinischer Einrichtungen ist 1978 von ENGELKE, HELMERT & HINSCHÜTZER zusammengestellt worden. In der momentanen Umbruchphase der Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen gibt es noch keine bundes- oder landesweiten Statistiken über den psychosozialen Ver-

sorgungsstand in allen Altenpflegeeinrichtungen (vgl. dazu die vorbereitende Arbeit des DEUTSCHEN VEREINS FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE, 1979). Der Anteil der Plätze in geriatrischen Fachkliniken ist dabei im Verhältnis zu den zuvor beschriebenen Altenwohnheim-, Altenheim- und Altenpflegeheimplätzen sehr gering. Der größte Teil körperlich pflegebedürftiger alter Menschen ist in diesen drei Einrichtungstypen beherbergt (vgl. dazu auch KRETSCHMAR, 1979).

2.3 ZUR NOTWENDIGKEIT DER INTEGRATION KLINISCH-PSYCHOLOGISCHER HILFE IN EINRICHTUNGEN DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE

2.3.1 Der Mangel an Institutionalisierung - gezeigt an verschiedenen Indikatoren

Die Klinische Psychologie ist bislang in der Praxis der Altenarbeit nur sporadisch vertreten. Dieses soll an verschiedenen Indikatoren exemplarisch verdeutlicht werden (vgl. auch MAIWALD, voraussichtlich 1983).

o Ein Indikator ist das Ausmaß der Tätigkeit von klinischen Psychologen in Einrichtungen der Altenpflege. In einer Befragung der Leitungen von 35 Altenpflegeeinrichtungen verschiedenster Art konnte festgestellt werden, daß Klinische Psychologen in keiner der Institutionen - weder konsiliarisch noch fest angestellt - tätig waren (vgl. MAIWALD, voraussichtlich 1983).

Auch aus anderen Berichten ist zu entnehmen, daß bislang nur ganz wenigen Heimen in der Bundesrepublik Deutschland ein Psychologe ständig zur Verfügung steht (RÜCKERT, 1979, 116f; ALTENPFLEGE 1, 1978; HOUBEN, MIESEN & MOL, 1978).

Die konsiliarische Tätigkeit von klinischen Psychologen in Altenpflegeeinrichtungen muß als äußerst geringfügig angesetzt werden. Eine bundesweite Befragung von FICHTER, WITTCHEN & KOCH, 1980 zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von 1977/78 ergab eine eklatante Unterversorgung alter Menschen durch Psychologen und Sozialarbeiter. Der therapeutische Nihilismus gegenüber alten Menschen zeigte sich darin, daß 98 % der befragten Psychologen und 64 % der befragten Sozialarbeiter/-pädagogen die Altersgruppe der über 65jährigen "selten oder nie" beratend oder psychotherapeutisch behandelt hatten.

o In der bislang repräsentativsten Befragung des Personals von Altenpflegeeinrichtungen aus dem Jahr 1978, welche Fachkräfte in einem ideal geführten Heim tätig sein sollten, wurden von Pflegenden Psychologen nicht genannt (SCHMITZ-SCHERZER, et al., 1978, 132). Es bestehen offensichtlich nur wenige konkrete Vorstellungen darüber, welche Aufgaben Klinische Psychologen überhaupt in einer Altenpflegeeinrichtung wahrnehmen könnten.

In der gleichen oben zitierten Untersuchung wird von den Pflegenden gefordert, daß medizinische Kenntnisse und Kenntnisse über die Pflege in der Ausbildung zum Altenpfleger vorrangig vermittelt werden sollten (S. 138). Daneben existiert die Aussage derselben Befragten, daß aus ihrer Sicht seelische Hilfen wegen Zeitmangels zu kurz kommen. 60% der Befragten teilten diese Ansicht, was auf eine Prioritätensetzung des alltäglichen Ablaufes zu Gunsten von Pflegehandlungen hindeutet.

o Ein anderer Indikator ist die Tätigkeit von psychotherapeutisch ausgebildeten Ärzten, deren Tätigkeit einen Teil klinisch-psychologischer Aufgaben abdeckt. RADEBOLD stellte 1979 eine Untersuchung vor, die belegt, daß psychoanalytisch ausgebildete Ärzte der psychotherapeutischen Behandlung gegenüber alten Menschen sehr kritisch gegenüberstehen und eine Altersgrenze annehmen. Fast 50 % der Psychotherapeuten, darunter auch Ärzte mit dem Zusatztitel "Psychotherapeut", behandelten keine Patienten mehr über 45 (!) Jahren. Bedenkt man, daß das Durchschnittsalter der Bewohner der hier beschriebenen Institutionen bei ca. 78 bis 82 Jahren liegt, so ist kaum vorstellbar, daß Ärzte zum gegenwärtigen Zeitpunkt in größerem Umfang psychosoziale Hilfe in Einrichtungen der Altenpflege wahrnehmen.

o Unter einem anderen Gesichtspunkt schließlich mögen Versäumnisse der Klinischen Psychologie illustriert werden: Die Autoren der einschlägigsten Zeitschrift "Altenpflege" über psychosomatische Aspekte des Alterns und Depressionen sind hauptberuflich Geistliche (z.B. HAARHAUS, 1977a,b,c; BICKEL, 1978); ein Autor, der die stärkere Einbeziehung psychiatrischer und psychosomatischer Aspekte in die Altenpflege fordert, ist Diplom-Soziologe (EBEL, 1980), in einem neueren, in vieler Hinsicht nützlichen Buch von GROND, 1978 werden psychiatrische Aspekte stark hervorgehoben, oder die Autorin, die klinisch-psychologi-

sche Interventionen in der Gerontologie fordert, ist in erster Linie Sozialpsychologin (LEHR, 1979).

2.3.2 Altenpflege als vielgestaltiges Arbeitsfeld - Konsequenzen für die Praxis psychologischer Hilfe und Fortbildung

Bei dem Bestreben, die psychosoziale Versorgung in der "stationären" Altenpflege durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen zu verbessern, ist zunächst zu berücksichtigen, daß Pflegende in sehr unterschiedlichen Institutionstypen tätig sind (siehe oben). Weitere differenzielle Aspekte sind die unterschiedlichen Wohnbereiche, in denen Pflegende in verschiedenen Positionen mit unterschiedlicher Ausbildung tätig sind. Auf diese Aspekte soll im folgenden näher eingegangen werden, weil sie für die Praxis psychologischer Hilfe und Fortbildung von herausragender Bedeutung sind.

o unterschiedliche Wohnbereiche Unterschiedliche Notwendigkeiten psychosozialer Hilfe ergeben sich durch die drei Bereiche **"Altenwohnung"**, **"Wohnbereich innerhalb einer Altenpflegeeinrichtung"** und **"Pflegestation"**. Bislang ist lediglich bekannt, daß das Ausmaß an psychologischen Problemen bei Bewohnern in diesen drei Bereichen sehr unterschiedlich ist. Eine epidemiologische Untersuchung könnte wichtige Hinweise für die Institutionalisierung psychologischer Hilfe geben. Als Anhaltspunkt für den Bereich der psychiatrischen Stationen mag eine Einschätzung von BERGENER, 1978 dienen. Er schätzt, daß bei 50 - 80 % der untersuchten Patienten im geronto-psychiatrischen Bereich je nach Schwere der psychischen Erkrankung gleichzeitig eine medizinische wie eine psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

o unterschiedliche Positionen Altenpflegeeinrichtungen sind im allgemeinen hierarchisch und vielfach nach medizinisch-pflegerischen Kriterien organisiert. Neben der **Heimleitung** gibt es die **Pflegedienstleitung**, die vor allem verschiedene Pflegestationen eines Hauses koordiniert, die **Stationsleitung**, die meist eine "Station" zwischen 20 und 40 Plätzen leitet, **Stationspfleger bzw. -schwestern ("Pflegefachkräfte")**, die im allgemeinen über eine kürzere oder längere Altenpflege- oder Krankenpflegeausbildung verfügen und schließlich **Pflegehilfskräfte**, die oft im Haus angelernt wurden.

Letztere sind häufig früher als Hausfrau und Mutter tätig gewesen, haben in anderen, auch sozial-pflegerischen Berufen gearbeitet oder sind als Aushilfskräfte z.B. in der Nachtwache tätig. Neben diesen fünf beruflichen Positionen gibt es **Praktikanten**, Absolventen des Anerkennungsjahres oder Zivildienstleistende, die alten Menschen helfen.

Für die herausgehobenen Positionen haben MYBES, PFAU & RÜCKERT, 1980 arbeitswissenschaftlich fundierte standardisierte Stellenbeschreibungen veröffentlicht (vgl. auch DENNEBAUM, 1978). Diese Studien sind sehr aufschlußreich, weil sie eine wichtige Voraussetzung dafür darstellen, Grenzen psychosozialer Betreuung durch Pflegende in der Praxis einzuschätzen (vgl. hierzu auch die allgemeinere Untersuchung von BALLUSECK, 1980).

Manche Einrichtungen verfügen außerdem über die Möglichkeit, **Seelsorgehelfer, ehrenamtliche Helfer, Sozialarbeiter/-pädagogen, Krankengymnasten und Beschäftigungstherapeuten** unterstützend einzusetzen. (Für Sozialarbeiter/-pädagogen und ehrenamtliche Dienste wurden kürzlich ebenfalls Aufgabenbeschreibungen umrissen (CARITAS KORRESPONDENZ, 7, 1979; 6, 1980; FORTBILDUNGS-AKADEMIE DES DEUTSCHEN CARITASVERBANDES, 1981)).

All den hier zitierten Aufgabenbeschreibungen ist gemeinsam, daß sie psychosoziale Aufgaben, wenn überhaupt, nur sehr allgemein skizzieren. Eine gegenseitige Abgrenzung und Spezifizierung solcher Aufgaben, die Überprüfung der Verwirklichung in der Praxis und eine gesicherte Effizienzkontrolle sind Aufgabenbereiche der Klinischen Psychologie, die bislang noch nicht geleistet sind.

o unterschiedliche Ausbildungen Die Vielgestaltigkeit des Arbeitsfeldes Altenpflege zeigt sich besonders in den unterschiedlichen Ausbildungsvoraussetzungen der dort Tätigen. In den beschriebenen Einrichtungen arbeiten im wesentlichen Krankenschwestern/-pfleger sowie Altenpfleger, die mit einem **Staatsexamen** abgeschlossen haben, Pflegende mit einer meist vierwöchigen **Kurzausbildung** in Alten- und/oder Krankenpflege und Pflegekräfte, die von den Häusern **angelernt** wurden.

Für Zivildienstleistende werden von manchen Bildungshäusern tätigkeitsbegleitende Einführungslehrgänge angeboten. In der Praxis steht jedoch dort die Diskussion der gesellschaftlichen Rolle als Zivil-

dienstleistender im Vordergrund (vgl. z.B. KECK, 1979).

Die Berücksichtigung der hier angeführten Voraussetzungen der Altenpflagesituation ist für die Teilnehmerzusammensetzung in Fortbildungsveranstaltungen grundlegend. Erst ein ausgewogenes Maß an Homogenität im Hinblick auf diese Voraussetzungen kann zu einem positiven Lernergebnis der Teilnehmer führen.

Für die Praxis psychosozialer Hilfe sollte in Zukunft näher bestimmt werden, welche der hier genannten Personengruppen am ehesten in der Lage sind, zur Verbesserung der Situation beizutragen. Aus unserer Sicht sollten alle unmittelbaren, ständigen Kontaktpersonen über die Fähigkeit verfügen, psychologische und soziale Aufgaben selbständig zu erfüllen. Sie sollten sogar die wesentlichen Aufgaben wahrnehmen. Diese Forderung möchten wir im folgenden begründen.

2.3.3 Warum sollten psychologische und soziale Aufgaben zu einem großen Teil durch Pflegende geleistet werden?

Die Pflegenden sind als Angehörige der Institution und häufig als die einzigen und engsten Bezugspersonen alter Menschen im Heim in die psychologischen und sozialen Probleme der Bewohner involviert. Unter bestimmten Voraussetzungen sind sie sowohl diejenigen Personen, die durch ihr Verhalten zu einer Vergrößerung psychischer Probleme von Bewohnern beitragen als auch zu einer Verminderung. Auf der einen Seite erleben sie selbst durch die häufige Konfrontation mit psychischen Problemen und der Lebensbedrohung tiefgreifende Gefühle der Hilflosigkeit und Überforderung; auf der anderen Seite verfügen sie (dadurch) über ein großes Potential, neue Verhaltensweisen im Umgang mit alten Menschen zu erlernen. Nur zu selten werden unseres Erachtens die emotionalen Hintergründe des Verhaltens der Pflegenden berücksichtigt, die als fördernde oder hemmende Bedingungen bei der Ausübung psychologischer und sozialer Aufgaben eine gewichtige Funktion innehaben.

Wesentlich erscheint uns in diesem Zusammenhang auch folgendes: Die Pflegenden sind durch ihre Rolle als 'Bezugspersonen über lange Zeit' in besonderer Weise für die Wahrnehmung psychosozialer Hilfen, z.B. der Prävention, der Sterbebegleitung und anderes mehr prädestiniert.

Ein zweiter Grund spricht für die Auswahl der Pflegenden als Zielgruppe bei der Ausübung wesentlicher psychologischer und sozialer Tätigkeiten. Zum gegenwärtigen Entwicklungsstand der psychosozialen Versorgung in der Altenpflege können soziale und psychologische Aufgaben am ehesten durch Berufe eingeführt werden, die über ein Hochschulstudium verfügen, das sind Sozialarbeiter/-pädagogen, psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte und Klinische Psychologen. Weil diese Berufsgruppen aber dort so gut wie nicht vertreten sind, und eine Daueranstellung in größerem Umfang wegen zu hoher Personalkosten nicht erwartet werden kann, ergibt sich die Notwendigkeit, diese "mittleren" Berufsgruppen für die Wahrnehmung psychologischer Aufgaben zu qualifizieren. Es ist darüberhinaus auch fraglich, inwieweit eine Professionalisierung psychosozialer Hilfe durch akademische Fachrichtungen überhaupt angestrebt werden sollte.

Die längerfristigen Folgen für die Berufsgruppe der Pflegenden sind absehbar: In der Ausbildung sollte verstärkt das Verständnis für psychosoziale Aufgaben vermittelt werden und zum Teil die praktischen Fertigkeiten. Im Laufe der weiteren Berufsausübung werden begleitende Fortbildungen notwendig sein. Immer wird es in diesem Arbeitsfeld auch einen Nachqualifikationsbedarf geben, denn die Personalfuktuation ist relativ groß und viele Pflegende finden erst im mittleren Lebensalter zu diesem Beruf.

Der Gedanke, daß diese Berufsgruppen systematische psychologische und soziale Aufgaben wahrnehmen sollten, überfordert diese tendenziell. Dieses ist nicht so sehr eine Frage der Qualität oder Quantität psychologischer Fortbildungen. Vor allem ist es ein Charakteristikum der momentanen Umbruchphase, in der neue Wertorientierungen in das Berufsbild des noch jungen Altenpflegeberufes eingehen. Eine wesentliche Aufgabe der Klinischen Psychologie liegt in der Abgrenzung der psychologischen und sozialen Tätigkeit von denen anderer Berufsgruppen.

Dieses führt zu dem Gedanken der notwendigen interdisziplinären Zusammenarbeit, bei der sich die einzelnen Berufsgruppen gegenseitig die Unterstützung leisten müssen, ohne die die Pflegenden den psychosozialen Versorgungsauftrag nicht selbständig erfüllen können.

2.3.4 Interdisziplinäre Teamarbeit als eine Lösung psychosozialer Versorgungsprobleme

An anderer Stelle wurde ein problem- und personenzentriertes Konzept zur interdisziplinären Teamarbeit in der Altenpflege vorgestellt (vgl. MAIWALD, voraussichtlich 1983). Es beruht auf dem Gedanken der Mediatorentätigkeit und berücksichtigt, daß die psychosozialen Tätigkeiten von Pflegenden dasselbe Ziel haben sollten wie das eines Psychologen. Dieser seinerseits kann unterstützend im Altenpflegebereich, bzw. enger betrachtet der Fortbildung und Supervision tätig sein. Teamarbeit setzt dann in besonderem Maße die Fähigkeit zur Kooperation und Konsensbildung hinsichtlich eines gemeinsamen Vorgehens voraus. Auf der einen Seite sollte der Psychologe sein Wissen und seine Methoden zur Verfügung stellen, um Pflegende zu befähigen, selbständig psychosoziale Aufgaben wahrzunehmen; auf der anderen Seite ist von Pflegenden so viel an Selbständigkeit gefordert, daß sie sich an andere Berufsgruppen wenden, wenn sie voraussehen können, daß ihr Potential, sich selbst bei der Bewältigung der beruflichen Aufgaben zu helfen, erschöpft ist.

Die Vermittlung der Fähigkeit zur Teamarbeit ist außerdem in einem anderen Kontext wichtig. Erst dann, wenn die Pflegenden über diese Fähigkeit verfügen, kann eine Multiplikatorenwirkung eintreten.

Eine solche kooperative Sichtweise beruflicher Zusammenarbeit ist für die meisten Altenpflegeeinrichtungen neu. Den Hintergrund hierfür bilden strenge hierarchische Strukturen, durch die sich medizinische und kirchliche Einrichtungen tendenziell auszeichnen und eine solche Zusammenarbeit erschweren.

Allgemeiner betrachtet berührt die Forderung nach dieser Form der Zusammenarbeit eine wichtige zukünftige Fragestellung der Klinischen Psychologie. Während die Einbeziehung klinisch-psychologischen Wissens in sozialpflegerische Berufe in den vergangenen Jahren zugenommen hat, ist dieser Trend für die Bereiche der Kranken- und Altenpflege nicht so deutlich bemerkbar. Wesentliche Handlungsorientierungen bekommen diese medizinisch orientierten Berufe vor allem durch die Psychiatrie und Psychosomatik. Dadurch wird tendenziell ein medizinisches Krank-

heitsverständnis tradiert.

2.3.5 Der Altenpflegeberuf in der Entwicklung

Obwohl sich die Altenpflege heute mehr der Sozial- als der Krankenpflege zurechnet, ist für dieses Gebiet bislang eine Beeinflussung durch die Klinische Psychologie kaum zu beobachten. Dieses hat historische Gründe. Bis vor wenigen Jahren noch wurde die Altenpflege durch den Bereich der Krankenpflege eher "nebenbei" mitbestritten. Altern wurde auf diese Weise unter biologischen und medizinischen Gesichtspunkten mit Krankheit gleichgesetzt: Dem Denken in einem Defizitmodell (LEHR, 1971; 1972; THOMAE & LEHR, 1977) wurde dadurch Vorschub geleistet.

Die Ausgliederung des Altenpflegeberufes, 1969, als einem eigenständigen Beruf mit staatlicher Abschlußprüfung, ist unter historischen Gesichtspunkten wesentlich als eine Abgrenzung von der Medizin zu verstehen.

In der Praxis der Altenpflege sind allerdings noch viele Relikte medizinischen Denkens erhalten (so z.B. die Überlieferung der Begriffe "Station" für dort ständig wohnende Personen, das Tragen weißer Kittel selbst im Wohnbereich von Altenwohnheimen, die Priorisierung körperlicher Pflege gegenüber seelischer Betreuung; die Hinwendung an den Arzt bei psychischen Problemen u.a.m.).

Mit der Entwicklung dieses Berufes geht eine Suche nach Konzepten und dadurch eine Offenheit für neue Strömungen einher (SPINNER, 1979). Die Klinische Psychologie hätte hier eine wichtige Aufgabe, dieser Berufsgruppe durch die Weitergabe ihrer Methoden und die Vermittlung von Entschlußfähigkeit und Interessenvertretung das Selbstvertrauen zu stärken. Dieses ist um so eher möglich, wenn Fortbildung nach einem systematischen Konzept vermittelt wird, etwa derart, wie es in dieser Arbeit vorgestellt wird. Auch ist es wichtig, für Pflegende die Hintergründe der psychosozialen Versorgung in dem derzeitigen Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland zu beleuchten. Dieses ermöglicht, sie aus der derzeitigen Isolationstendenz, die mit der Überforderung einhergeht, herauszulösen und interdisziplinär neue Wege zu suchen.

3 ZUR SITUATION DER PSYCHOLOGISCHEN AUS- UND FORTBILDUNG VON PFLEGENDE IN DER ALTENARBEIT - KONSEQUENZEN FÜR DIE KLINI- SCHE PSYCHOLOGIE

3.1 AUSBILDUNGSVORAUSSETZUNGEN VON ALTENPFLEGERN

Ich möchte mich bei der Analyse der qualifikatorischen Voraussetzungen von Pflegenden auf die Altenpflegeausbildung beschränken. Der Mangel an psychologischer Ausbildung für das Krankenpflegepersonal wird dabei deutlich werden. Es kann nämlich davon ausgegangen werden, daß in der Altenpflege soziale und psychologische Aspekte aufgrund des Selbstverständnisses höher gewichtet werden als in der Krankenpflege.

3.1.1 Gesetzliche Grundlagen der Ausbildung

1969 wurde in Nordrhein-Westfalen der Altenpflegeberuf durch ein Gesetz zur "Ausbildung, Prüfung und staatlichen Anerkennung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern" eingerichtet (vgl. RUNDERLASS DES ARBEITS- UND SOZIALMINISTERS VOM 15.06.1969).

Diese Gesetzesfassung ist derzeit (1982) noch in unveränderter Fassung gültig und sieht eine zweijährige Ausbildung vor, wobei das erste Lehrgangsjahr an dafür eingerichteten Altenpflegefachseminaren absolviert wird. Das zweite Ausbildungsjahr soll sich in einem einjährigen Berufspraktikum anschließen. In anderen Bundesländern wurden nach Umfang und Art vergleichbare gesetzliche Grundlagen geschaffen (vgl. GARMS-HOMOLOVA, 1977).

Der 700stündige theoretische Unterricht im ersten Jahr gliedert sich dabei in NRW z.B. auf in folgende Lehrfächer:

- a) "Geistig-kulturelle Bildung" (75 Stunden)
- b) "Soziale und pädagogische Ausbildung" (135 Stunden)
(davon 45 Stunden "Soziologie, besonders Alterssoziologie" und 90 Stunden "Psychologie, besonders angewandte Alterspsychologie und Alterspsychiatrie")
- c) "Pflegerische Ausbildung" (300 Stunden)
- d) "Staats- und rechtskundliche Ausbildung" (115 Stunden)
- e) "Berufsspezifische Ergänzung" (75 Stunden)
(davon 30 Stunden "Anleitung alter Menschen zur Beschäftigung, Hinweise für gesellige Veranstaltungen mit alten Menschen")

Der psychologische Bereich ist definitiv nur mit einem Anteil von ca. 13 % (von 700 Stunden) vertreten, wenngleich sich vereinzelt Zuordnungen zu anderen Bereichen ergeben. Als Lehrfach fehlt der Oberbegriff Psychologie gänzlich. Auch in anderen Bundesländern sind nur ca. 90 Stunden für psychologische Lerninhalte vorgesehen.

3.1.2 Initiativen zur Veränderung dieser gesetzlichen Grundlagen

Verschiedene Interessenverbände (z.B. der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge, die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege) sind seit 1979 verstärkt bestrebt, eine baldige Veränderung dieser Gesetzesvorlage zu erreichen. Das Ziel ist eine bundeseinheitliche Regelung.

Wesentliche angestrebte Änderungen, die vor allem durch den Deutschen Verein angeregt wurden, sind:

- a) Nachweis einer abgeschlossenen, mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder dreijährigen praktischen Tätigkeit vor Beginn der Altenpflegeausbildung.
- b) Erweiterung der fachtheoretischen Ausbildung auf 1400 Stunden Theorie und 1000 Stunden Schulpraktika.
- c) Stärkere Gewichtung der Theorie bei gleichzeitiger verstärkter Integration in die Praxis durch 1 1/2 Lehrgangsjahre mit Schulpraktika und einem anschließenden sechsmonatigen integrierten Fachpraktikum unter Aufsicht der Ausbildungsstätte.

Von den 1000 Stunden (25 Wochen) Schulpraktikum sollten mindestens 320 Stunden (8 Wochen) in einem Krankenhaus verbracht werden. Die übrigen Stunden sollten gleichgewichtig in stationären und offenen, möglichst auch teilstationären Bereichen abgeleistet werden.

- d) Inhaltliche Umstrukturierung, die eine eindeutigere Zuordnung zur medizinischen Fachdisziplin erkennen lassen.

(Quellen: Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge vom 14.01.1980; Entwurf für die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaften der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW vom 30.05.1979; Protokoll der Konferenz der Katholischen Ausbildungsstätten für Altenpflege 12.-14.11.1979.)

Diese inhaltliche Neuordnung des 1 1/2jährigen fachtheoretischen

Unterrichtes, der durch die Fachpraktika unterbrochen wird, sieht folgende Gewichtung vor (mit erläuternden Auszügen):

- a) Allgemeiner und berufskundlicher Bereich: ca. 400 Stunden (davon voraussichtlich 40 Stunden für die Einführung in die Methoden der Sozialarbeit, insbesondere der Gesprächsführung)
- b) Spezifisch-gerontologischer Bereich: ca. 200 Stunden ("Grundbegriffe der Gerontologie, ausgewählte Bereiche der Psychologie, Sozialpsychologie, Soziologie")
- c) Medizinisch-pflegerischer Bereich: ca. 600 Stunden (u.a. voraussichtlich 100 Stunden Gesundheitslehre, 100 Stunden Krankheitslehre, 40 Stunden Alterspsychiatrie)
- d) Rehabilitativer Bereich: ca. 200 Stunden (u.a. voraussichtlich 100 Stunden Beschäftigungstherapie und ca. 40 Stunden Freizeitgestaltung)

Auch in diesem Entwurf ist die Psychologie eher als Nebenfach vertreten. Psychologische Lerninhalte werden anderen Teilbereichen zugeordnet (vgl. dazu auch den längere Zeit als vorbildlich geltenden Entwurf für einen lernzielorientierten Lehrplan aus Bayern von 1975; BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS, 1975). Die Disziplin "Klinische Psychologie" scheint gänzlich unbekannt zu sein. Begriffe wie 'Psychologie' oder 'seelisch' erscheinen auch hier nicht in den Oberbegriffen und ebenso nicht in den einleitenden Formulierungen zum Ausbildungsziel. Die systematische Ausbildung zur Hilfe bei psychischen Problemen ist somit schon in den gesetzlich verankerten Ausbildungsrichtlinien nicht vorgesehen.

3.1.3 Praxis der Ausbildung

Die inhaltliche Ausgestaltung der einzelnen Unterrichtseinheiten hängt sicherlich zum großen Teil von dem Selbstverständnis der Lehrenden ab. Insofern wird in der Praxis vermutlich mehr an Psychologie vermittelt, als gesetzliche Grundlagen dieses zu regeln vermögen. Dennoch: Die Praxis zeigt, daß die den anderen Bereichen zugeordneten psychologischen Themen in der Regel nicht von Psychologen unterrichtet werden. Selbst der als "Psychologie" fixierte Ausbildungsteil wird häufiger von Personen durchgeführt, die nicht über eine klinisch-psychologische Ausbildung bzw. psychotherapeutische (Zusatz-)Ausbildung verfügen.

Bei der Auswahl psychologischer Lerninhalte besteht die Tendenz, Al-

tenpflegeschülern Grundlagen, z.B. der Allgemeinen oder der Sozialpsychologie zu vermitteln (vgl. z.B. ZINNECKER-MALLMANN, 1976). Dieses ist verständlich, denn für Schülerinnen ist es die erste Konfrontation mit psychologischen Inhalten. Aber auch allgemeinere, anwendungsbezogenere Lerninhalte wie die Lerneinheit "Gesprächsführung" orientiert sich manchmal an Konzepten, die speziell für die Krankenpflege entwickelt wurden (vgl. z.B. SCHMALZRIEDT & PROCHAZKA, o.J.).

Zunehmend ist aber auch zu beobachten, daß psychologische Aspekte der Sterbebegleitung oder der Betreuung seelisch beeinträchtigter alter Menschen berücksichtigt werden. Hier allerdings liegt die Vermutung nahe, daß durch die Anlehnung an die Alterspsychiatrie und den großen Raum, den die medizinische Gesundheits- und Krankheitslehre einnimmt, eine körperlich-biologische Sichtweise psychischer Phänomene tradiert wird. Für die Grundlagenvermittlung eines sozialen Krankheitsmodelles oder anderer theoretischer Grundlagen der Klinischen Psychologie ist nur wenig Platz.

Es ist allerdings auch die Frage zu stellen, ob bei einem vorgesehenen Lehrplan, der die oben angegebenen 4 Bereiche abdecken soll, psychologische Inhalte nicht ohnehin nur ansatzweise vermittelbar sind. Betrachtet man den durch die Ausbildung erreichten psychologischen Qualifikationsgrad, so ist zu vermuten, daß hier allenfalls eine positive Einstellung zu psychologischen Prozessen vermittelt werden kann. Eine weiter- oder besser: emotional "tiefer"gehende Qualifikation erscheint unter dem Gesichtspunkt problematisch, daß es sich bei der Ausbildung um einen wiederholt durch Praktika unterbrochenen theoretischen Unterricht in Blockseminarform handelt. Wenn diese Unterrichtsform auch viele Vorteile bietet - hier hat sie zur Folge, daß bestimmte Themenbereiche meist nur einmal und nicht kontinuierlich behandelt werden können. Hinzu kommt, daß für die Vermittlung psychologischer Fähigkeiten und Fertigkeiten keine Unterrichtssituation im Sinne der anderen Fächer angebracht ist, sondern solche Vermittlungsformen, die in irgendeiner Weise Elemente der Selbsterfahrung und Verhaltensübungen mit einzubeziehen in der Lage sind. Der Einfluß anderer Unterrichtsveranstaltungen auf die Lernerwartungen ist hierbei nicht zu unterschätzen. Auch scheint es für die eingehende Vermittlung psychologischer Quali-

fikationen unabdingbar, Verhaltens- und Erlebensänderungen durch fachliche und gegenseitige Supervision zu kontrollieren. Dieses kann in der hier beschriebenen Ausbildungsform keinesfalls gewährleistet werden.

Die Folge dieses Defizites ist, daß Lehrende nach individuellem Verständnis von Psychologie die Lerninhalte auswählen und vermitteln. Dieses ist nicht zuletzt deshalb so, weil es kein für die Altenpflege adaptiertes Konzept psychologischer Tätigkeit gibt.

Schließlich ist da noch ein gewichtiges Argument gegen die eingehende Vermittlung psychologischer Lerninhalte während der Ausbildung. Die Altenpflegeschüler sind in der Regel relativ jung und haben bis zum spätestmöglichen Zeitpunkt der Vermittlung psychologischer Inhalte (d.h. nach ca. einem Jahr) sehr wenig fundierte Praxiserfahrungen im Umgang mit alten Menschen sammeln können.

Für die Praktikanten besteht nämlich die Schwierigkeit, relativ grundlegende pflegerische Hilfsarbeiten erlernen zu müssen, die sie aber nicht durch Teamarbeit mit den Stations- oder Lehrschwwestern vertiefen können. Dazu ist die Praktikantenzeit zu kurz. Die Position im Arbeitsablauf ist "zu niedrig". Beziehungen zu Mitarbeitern und alten Menschen herstellen zu können, wäre aber eine notwendige Voraussetzung für das vertiefte Erlernen psychologischer Methoden. Und schließlich: Die Hauptprobleme bei der psychologischen Betreuung durch Pflegende ergeben sich durch die Routine im Alltagsablauf und die Dauerbeziehung zwischen den zusammenlebenden Personen. Diese Erfahrungen fehlen Auszubildenden in der Altenpflege gänzlich.

3.1.4 Schlußfolgerungen

Zusammenfassend führen die hier dargestellten Aspekte zu der Schlußfolgerung, klinisch-psychologische Inhalte über Fortbildung und weniger über die Ausbildung grundlegend einzuführen. Auch Ansätze zur Übernahme von Konzepten in die Ausbildung sollten nur begrenzt verstärkt werden. Hier ist es am wichtigsten, das Verständnis für die Gleichwertigkeit pflegerischer und psychologischer Tätigkeiten zu fördern.

Klinisch-psychologische Fortbildung zu intensivieren, wird aufgrund

der bisherigen und auch der zukünftigen Ausbildungsrichtlinien in den kommenden Jahren und Jahrzehnten immer dringender. Das Anwachsen sozialer und psychischer Probleme alter Menschen in und außerhalb von Altenpflegeeinrichtungen führt zu einem Vakuum, dem Pflegende ohne hinreichende psychologische Qualifikation nicht gewachsen sind.

3.2 DAS FEHLEN VON SYSTEMATISCHEN KLINISCH-PSYCHOLOGISCHEN FORTBILDUNGSKONZEPTEN FÜR PFLEGENDE IN DER ALTENARBEIT

Daß eine Intensivierung der Fortbildung für Pflegende in der Altenarbeit generell erforderlich ist, wurde in den vergangenen Jahren wiederholt festgestellt (z.B. FRÖHLICH, 1977; RUST & HOFFMANN, 1979; EBEL, 1980; auch RIEKE, 1979).

Auch gibt es einige allgemeinere (pädagogische) Konzepte (z.B. BELBIN, 1967; FÜLLGRAF, 1978; KLIE, PFEIL & LANGENSEE, 1979) und Anregungen (z.B. BRELOER, 1978; ERLEMEIER, 1978), jedoch fehlt ein für gezielte psychosoziale Hilfe durch Pflegende adaptiertes und überprüftes Konzept, welches den Rahmenbedingungen der Institution und speziellen (persönlichen und qualifikatorischen) Voraussetzungen der Pflegenden angemessen ist. Die wenigen vorliegenden Konzepte beziehen sich dagegen zumeist auf psychosoziale Interventionen und Psychotherapie durch Psychologen oder andere akademische Berufe (vgl. etwa GOTTESMAN, QUARTERMAN & COHN, 1973; GOTTESMAN & BRODY, 1975; zusammenfassend etwa LEHR, 1979; PETZOLD & BUBOLZ, 1979).

Auch die wenigen Forschungsstudien zu speziellen Hilfestellungen durch Pflegende, z.B. bei Desorientierung (vgl. etwa HARRIS & IVORY, 1976) oder Inkontinenz (etwa POLLOCK & LIBERMAN, 1974) beziehen sich in der Regel auf Pflegende nur insoweit, als sie im Rahmen eines zeitlich begrenzten Projektes als Hilfskräfte z.B. von Medizинern oder Psychologen eingesetzt wurden. Auch haben solche zeitlich begrenzten Forschungsprojekte den Nachteil, daß sie z.B. die spezielle Dauerbeziehung zwischen alten Menschen und Pflegenden und präventive Hilfen gar nicht berücksichtigen können. Für psychologische Hilfe ist dieser Faktor jedoch grundlegend (wie wir dieses etwa bei der psychosozialen Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher zeigen konnten; vgl. ARBEITSGRUPPE PSYCHOLOGISCH-PÄDIATRISCHE NEPHROLOGIE, 1982a, b; vgl.

auch SHERWOOD, 1975).

Im Mittelpunkt der Fortbildungsbemühungen steht dann nicht mehr nur der Erwerb spezieller Techniken, sondern vor allem die Verbesserung von Alltagsinteraktionen. Dieses wiederum scheint nur möglich, wenn Persönlichkeitfaktoren des einzelnen Pflegenden weitgehend berücksichtigt werden. In dem hier vorgestellten Fortbildungsprogramm wird diesen Überlegungen durch das besondere Vermittlungskonzept und das Konzept der "gezielten psychologischen Betreuung" Rechnung getragen.

3.3 PRAXIS DER FORTBILDUNG

Nicht nur die Literatur über psychologische Fortbildung für Pflegende und allgemeiner psychosoziale Versorgungsaspekte in Altenpflegeeinrichtungen ist äußerst spärlich, sondern auch das Angebot an Fortbildungen in psychologischen Fragen (vgl. dazu die vierteljährlich erscheinenden Übersichten des DEUTSCHEN ZENTRUMS FÜR ALTERSFRAGEN (DZA), Pallenberg, 1977, 1978). Aus diesen bundesweiten, weitgehend repräsentativen Übersichten geht hervor, daß zu klinisch-psychologischen Themen allenfalls Ein-Tages-Kurse oder Wochenendseminare angeboten wurden, aber in keinem Fall kontinuierlichere und in einem solchen Sinne systematischere Fortbildung. Diese Situation ist, wie den DZA-Veröffentlichungen zu entnehmen ist, bis heute unverändert.

Auch parallel zu diesem Projekt entwickelte, neuere Forschungen, die mit Teilgebieten des hier angesprochenen Tätigkeitsbereiches vergleichbar sind, beziehen sich auf kurze Fortbildungszeiträume von maximal 2 Tagen (vgl. z.B. SPORKEN, 1979; KOCH & SCHMELING, 1979; 1982). Vorschläge zur Begleitung Sterbender beziehen sich hier auf die Fortbildung von Pflegenden und Ärzten in Krankenhäusern. Es ist erstaunlich, daß die spezifische Situation alter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen nicht gesondert berücksichtigt wurde, denn alte Menschen sind es vorwiegend, die mit Tod und Sterben und schweren Krankheiten konfrontiert sind: Es sind zu einem erheblichen Teil die Pflegenden in der Altenarbeit, die sich auf dem Hintergrund ihrer Arbeitsbedingungen mit chronischem, körperlichem Leiden und Sterben auseinandersetzen müssen.

Ein berufsbegleitender 310stündiger Kurs (dargestellt von PILZ, 1978) berücksichtigt allgemein- und sozialpsychologische Erkenntnisse zwar, aber nur in verhältnismäßig geringem Umfang.

1. In verschiedenen Bereichen ist eine engere Zusammenarbeit zwischen Altenpflege und Klinischer Psychologie angezeigt. Dieses zeigen vor allem psychologische Qualifikationsdefizite von Pflegenden.
2. In der nahen und fernerer Zukunft werden die Anforderungen an Pflegende in der Altenarbeit erheblich anwachsen. Dieses ist bedingt durch die stetig anwachsende Zahl pflegebedürftiger alter Menschen. Hintergründe für diese Entwicklung sind die Bevölkerungsentwicklung alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland und die Fortschritte lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen. Die sich verschärfende Problematik pflegebedürftiger alter Menschen stellt ein weltweites Problem dar. Besonders Pflegende in Institutionen müssen in geeigneter Form auf psychisches und soziales Leiden reagieren können.
3. In der Ausbildung zum Altenpfleger(in) bestehen Defizite hinsichtlich der Vermittlung psychologischer Fähigkeiten und Fertigkeiten. Ausbildungslehrpläne haben bislang und können auch in Zukunft psychologische Lerninhalte nur in unzureichender Weise berücksichtigen.
4. Durch mangelnde psychologische Ausbildung entstehen in Altenpflegeeinrichtungen besondere Probleme. Sie könnten durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen zu einem erheblichen Teil behoben werden.
5. Durch die große Anzahl von Personen, die erst im mittleren Lebensalter in der Altenpflege zu arbeiten beginnen, besteht auch langfristig ein großer Nachqualifikationsbedarf. Dieses gilt auch für Heimleitungen.
6. Die Klinische Psychologie ist in Altenpflegeeinrichtungen bislang nur unzureichend institutionalisiert vertreten. Pflegende müssen einen großen Teil dieses Mangels ausgleichen, denn sie sind aus verschiedenen Gründen für die Ausübung psychologischer und sozialer Aufgaben in besonderer Weise geeignet.
7. Der Transfer klinisch-psychologischer Erkenntnisse erfolgt - wenn überhaupt - über junge, gerade ausgebildete Pfleger oder über Ärzte

die über eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation verfügen. Letztere arbeiten ebenso wie klinische Psychologen nur selten in Altenpflegeeinrichtungen, so daß insgesamt betrachtet die Erkenntnisse Klinischer Psychologie nur wenig Eingang in die Praxis der Altenpflege finden konnten. Der Erfahrungsaustausch zwischen jüngeren und älteren Pflegenden unterliegt zudem erheblichen Schwierigkeiten, die durch Fortbildung gemindert werden könnten.

8. Altenpflege ist ein sozialpflegerischer Tätigkeitsbereich, der in der Vergangenheit wesentliche Orientierungen durch medizinische Denkmodelle erhalten hat. Gegenwärtig ist ein Bestreben nach Öffnung anderen Disziplinen gegenüber (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie u.a.m.) beobachtbar. Die Klinische Psychologie könnte in dieser Umbruchphase einen wichtigen Beitrag zu einer Neuorientierung geben.
9. Eine solche Neuorientierung sollte nach den hier vorgestellten Überlegungen dazu beitragen, daß selbständige psychosoziale Hilfe von den Pflegenden als Tätigkeit neben pflegerischen Handlungen anerkannt wird. In Zukunft sollten diesbezüglich Veränderungen im Berufsbild, im Selbstverständnis der Pflegenden und in Ausbildungsrichtlinien angeregt werden.

5 KONSEQUENZEN AUS DER BISHERIGEN ANALYSE

Wesentliche Schlußfolgerungen, die sich auf die Anforderungen an ein Fortbildungskonzept und seine Überprüfung beziehen, sollen hier in Stichworten zusammengestellt werden:

- o Es mangelt an einem Fortbildungskonzept, welches auf die Qualifikationsbedürfnisse und -erfordernisse dieser hier beschriebenen Zielgruppe hinreichend zugeschnitten ist.
- o Für die Erstellung des Konzeptes ist es zunächst erforderlich, die wesentlichen psychologischen Aufgaben von Pflegenden zu umreißen. In der Folge sind einerseits zu fördernde psychologische Kompetenzen und andererseits Vermittlungsmethoden, mit denen speziell diese Kompetenzen zu erweitern sind, zu formulieren.

- o Dieses Fortbildungskonzept sollte sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen psychologischer Hilfe und Qualifizierung umreißen.
- o Es ist ein solches Konzept erforderlich, welches die besondere berufliche Motivation und die besonderen Schwierigkeiten der beruflichen Arbeitssituation hinreichend berücksichtigt.
- o Für weitere Fortbildungen sind deshalb Daten zur Transferierbarkeit der angebotenen Lerninhalte zu erheben und außerdem Daten über die besonders schwierigen (Kommunikations-)Situationen, in denen psychologische Betreuung vorrangig stattfinden sollte. Die Erhebung dieser Daten ist zum gegenwärtigen Entwicklungsstand der Zusammenarbeit zwischen Klinischer Psychologie und Altenpflege dringend notwendig, um weitergehende Adaptationen vornehmen zu können.
- o Erst die eingehende, weitgehend repräsentative Bestimmung der psychischen und beruflich-sozialen Situation von Pflegenden ermöglicht personenzentriertes Vorgehen in einem Lernprogramm.
- o Ein solches Lernprogramm sollte im Ansatz ein hohes Ausmaß an Flexibilität hinsichtlich der Themen und Vermittlungsmethoden zulassen, um es auf die Qualifikationsbedürfnisse der jeweils vorliegende Gruppe abstimmen zu können.
- o Die Erprobung eines solchen Fortbildungskonzeptes sollte Angaben über vertiefende Fortbildungsangebote erbringen.
- o Dazu ist die Wahl einer handlungsforschungsnahen Strategie sinnvoll, die den Pflegenden die Möglichkeit gibt, ihr Konzept zu erarbeiten.
- o Es ist von großem Vorteil, wenn bei der Erprobung des Konzeptes Theorie und Praxis möglichst oft einander abwechseln, um eine adaptive Forschungsstrategie einschlagen zu können.
- o Schließlich sollten Angaben darüber gemacht werden, ob weitere Fortbildungen von den Teilnehmern für notwendig erachtet werden und wie die Teilnehmer das mit ihnen gemeinsam erstellte Handlungskonzept nach der Erprobung bewerten.

Hinsichtlich der thematischen Gliederung des Fortbildungskonzeptes

sollten nach den bisherigen Überlegungen vorläufig 5 Themenbereiche unterschieden werden:

1. Beobachtungs- und Urteilsprozesse
2. Gesprächsführung
3. Sterbebegleitung
4. Umgang mit psychisch leidenden alten Menschen
("Notsignale des alten Menschen") und
5. Teamarbeit

Diese Themenangebote sollten möglichst ergänzt werden durch Besichtigungen von Modelleinrichtungen der Altenpflege, wobei Aspekte der psychosozialen Versorgung diskutiert werden können.

Die in der Hauptuntersuchung aus den bisherigen Überlegungen abgeleitete thematische Feingliederung ist im einzelnen den Programmen im Anhang (A 1.1.1) zu entnehmen.

Im Praxisteil stellen wir dann das theoretischere Ergebnis der Zusammenarbeit mit Pflegenden vor, nämlich das Fortbildungskonzept. Mit dem Ziel einer geschlossenen Darstellung wird dort auch der zweite Durchlauf des Lernprogrammes eingehend vorgeführt (der erste Durchlauf erfolgte im Rahmen der Voruntersuchung). Zunächst möchten wir uns jedoch in dem nun folgenden Methodenteil mit Möglichkeiten und der Durchführung der Effizienzkontrolle beschäftigen.

TEIL II: METHODIK

ZUR ORIENTIERUNG

Nach einer kurzen Darstellung von Zielen der Datenerhebung werden in diesem Teil zunächst Methoden zur Umsetzung des im Praxisteil dargestellten Fortbildungskonzeptes geschildert. Forschungsstrategische Überlegungen beziehen sich weiter auf die Diskussion wesentlicher methodischer Aspekte der Effizienzkontrolle. Im Anschluß wird der Untersuchungsablauf im Überblick gezeigt. Dieser Überblick enthält diejenigen Fragestellungen, über die in dieser Studie berichtet wird.

Im Rahmen Methodenbeschreibung werden vor allem die Bedingungen der Konstruktion und der Datengewinnung von 8 Instrumenten zur Effizienzkontrolle, die für diese Studie entwickelt wurden, erläutert. Auch sind hier weitere Überlegungen zum Forschungsverständnis integriert (Kapitel II, 5.3).

Abschließend werden einige methodische Ergebnisse und Konsequenzen für die Interpretierbarkeit der Daten beschrieben.

Die Resultate zur Vergleichbarkeit zwischen 3 Untersuchungsgruppen geben gleichzeitig Einblick in wesentliche Bedingungen klinisch-psychologischer Tätigkeit in der "stationären" Altenpflege.

1 ZIELE DER UNTERSUCHUNG

Das Forschungsanliegen des 2 1/2jährigen Projektes bestand darin, den Tätigkeitsbereich "Klinisch-psychologische Fortbildung mit Pflegenden in der Altenarbeit" in wesentlichen Gesichtspunkten zu erkunden. Auswertungen beziehen sich deshalb nicht allein auf die Effizienzprüfung des durchgeführten Fortbildungsseminares. Ausgewählte Hintergrundinformationen sollten darüberhinaus zu folgenden Bereichen gewonnen werden:

- o Über die Bildungs- und Arbeitssituation von Pflegenden

- o über die psychische Situation alter Menschen in Pflegeeinrichtungen, unter besonderer Berücksichtigung wesentlicher Kommunikationssituationen, die Pflegenden bewältigen müssen und
- o über wichtige Aspekte der Fortbildungssituation.

Diese verschiedenen Gesichtspunkte werden im Praxis- und Ergebnisteil berücksichtigt. Zu vielen Fragen konnten empirische Daten gewonnen werden.

2 FORSCHUNGSSTRATEGISCHE GESICHTSPUNKTE

2.1 ORGANISATORISCHER PLANUNGSABLAUF

In Anbetracht der wenigen in der Literatur vorliegenden Ergebnisse über systematische Fortbildung für Pflegenden im klinisch-psychologischen Bereich wurde das gesamte Forschungsvorhaben in eine Vor- und eine Hauptuntersuchung gegliedert, die mit einem follow-up ca. 2 1/2 Jahre nach Beginn der Voruntersuchung abschloß.

2.1.1 Die Voruntersuchung

Im Sommer 1978 wurde von einem großen Erwachsenenbildungshaus in Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Trägerverband die Initiative für die Durchführung eines überregionalen Fortbildungsangebotes für Pflegenden in der stationären Altenarbeit ergriffen. In gemeinsamer Absprache mit Vertretern der Heimleitungen von insgesamt 130 katholischen Altenheimen der Großregion einigte man sich in Kreisarbeitsgemeinschaften und einem Fortbildungsausschuß auf die Durchführung eines 4mal einwöchigen Kurses, der mit einem Zwischenzeitraum von 1 bis 1 1/2 Monaten stattfinden würde. Damit sollte der Transfer des Erlernten erleichtert sowie die Ausfallzeiten der Pflegekräfte in den Heimen möglichst gering gehalten werden. Auch finanzielle Überlegungen spielten eine Rolle. Die inhaltliche Planung war vor Beginn der ersten Seminarwoche insoweit abgeschlossen, als festgelegt war, daß das Seminar interdisziplinär angelegt sein sollte. In verschiedener Gewichtung sollten soziologische, medizinische, juristische, religiö-

se, sozialpädagogische und sozialpsychologische Fragestellungen behandelt werden.

In zwei Städten wurden Parallelseminare angeboten, die zunächst beide nach herkömmlichen Erwachsenenbildungsmethoden geplant und durchgeführt werden sollten.

Zu diesem Zeitpunkt war aus klinisch-psychologischer Sicht bereits ein sehr großes Fortbildungsbedürfnis vorhanden. Diese Ausgangslage ermöglichte die Durchführung der Voruntersuchung mit einem Psychologieanteil von ca. 60-70 % der gesamten Seminarzeit in einer der Weiterbildungsinstitutionen (1978/79).

Ein besonderer Vorteil der Vorstudie lag darin, schon zu diesem Zeitpunkt das psychologisch orientierte Seminar mit einer Kontrollgruppe vergleichen zu können, die eine Fortbildung nach herkömmlichen Erwachsenenbildungsmethoden erhielt.

4 wesentliche Forschungsaufgaben wurden während dieser Zeit in Angriff genommen:

1. Erstellung eines bedürfnisgerechten Vermittlungskonzeptes und erste Erprobung
2. Sachanalyse, Erstellung von Lernmaterialien und Erarbeitung von Didaktisierungen bei der Konzeption einzelner Lerneinheiten
3. Erstellung von zielgruppenspezifischen methodischen Verfahren zur Erfolgskontrolle
4. Beginn der Kooperation in organisatorischer und inhaltlicher Hinsicht mit verschiedenen Fachvertretern (Erwachsenenbildung, Heimleitung, Pflegende, Trägerverband, (Ausbildungs-)Fachseminare für Altenpflege).

Während des gesamten Projektes und insbesondere im Zeitraum der Voruntersuchung wurden wesentliche Erfahrungen mit den zuständigen oben genannten leitenden Fachvertretern in einem "Fortbildungsausschuß" diskutiert. Die klinisch-psychologischen Anregungen fanden überaus positive Resonanz. Auch Ergebnisse, die mit bis dahin erarbeiteten seminarbegleitenden und seminarabschließenden sowie katamnestischen Metho-

den erhoben wurden, waren sehr positiv und ermutigend.

2.1.2 Die Hauptuntersuchung

Nach der Erstellung des Fortbildungskonzeptes, der Lernmaterialien sowie der wesentlichen Methoden zur Überprüfung der Lerneffekte und wesentlicher Hintergrunddaten konnte die Hauptuntersuchung ein Jahr nach Beginn der Voruntersuchung durchgeführt werden. Dem Seminarbeginn im Oktober 1979 wurde eine Teilnehmersauswahl vorgeschaltet, bei der nach wesentlichen Kriterien eine Zuordnung auf eine Versuchsgruppe und eine Kontrollgruppe vorgenommen wurde. Die Kriterien werden weiter unten in anderem Zusammenhang dargestellt.

Die Versuchsgruppe (VG) erhielt eine Fortbildung mit dem Schwerpunkt "Klinische Psychologie", die Kontrollgruppe eine Fortbildung nach herkömmlichen Erwachsenenbildungsmethoden (KG I).

Beide Seminare bauten auf den jeweiligen Erfahrungen der zuvor durchgeführten Kurse auf. Die unterschiedlichen Seminarprogramme sind im Anhang nachzulesen.

Der als "Klinische Psychologie" ausgewiesene Anteil der Gesamtseminarzeit (160 Stunden) lag in der Versuchsgruppe bei ca. 75 % oder 120 "Unterrichtsstunden zu je 45 Minuten. Andere Themen (25 %) waren hier: Recht (5 %), Themen mit religiösem Schwerpunkt (7 %), Altersmedizin (3 %), Soziologie (5 %) und Sozialpädagogik (5 %).

Das ebenfalls 160stündige Seminar der Kontrollgruppe I wies einen der Klinischen Psychologie vergleichbaren Anteil von ca. 18 % auf. Andere Themen (82 %) waren hier: Recht (14 %), Themen mit religiösem Schwerpunkt (11 %), Altersmedizin (4 %), Soziologie (5 %), Sozialpädagogik und -psychologie (15 %) und Sonstiges (32 %) (z.B. "Der alte Mensch in der Musik, Religion, Kunst, Literatur oder Geschichte").

Für einzelne Fragestellungen wurde die Bildung einer zweiten Kontrollgruppe für notwendig erachtet. Diese zweite Kontrollgruppe (KG II) setzte sich aus Pflegenden zusammen, die keine Fortbildung erhielten. Für die Bildung von Kontrollgruppen waren zwei Ziele maßgeblich: Zum einen sollten sie dazu dienen, Lernergebnisse der Versuchsgruppe eventuell zu relativieren; zum anderen wurde durch die Vergrößerung der Stichproben Normwerte hinsichtlich einzelner Daten erwartet.

In Abänderung der ursprünglichen 4mal einwöchigen Konzeption wurde bei der VG die letzte Seminarwoche in einen 4tägigen und einen 2 1/2tägigen Lernabschnitt geteilt. Hierfür waren organisatorische und didaktische Gesichtspunkte ausschlaggebend. Im folgenden werden diese beiden Lernabschnitte (LA) manchmal zusammenfassend dargestellt (Lerneinheiten 30 bis 40 entsprechen dann dem 4. Lernabschnitt; vgl. z.B. Tabelle 3 im Anhang A 4).

Nach Beendigung der Seminare erhielten die Teilnehmer ein Zertifikat über die (erfolgreiche) Teilnahme. Zuvor wurden sie mit Hilfe verschiedener Methoden gebeten, Auswirkungen des Seminares zu bewerten. Zehn Monate später (ca. 1 1/2 Jahre nach Beginn des Seminares) erfolgte abschließend eine Follow-up-Untersuchung, die Aufschluß über langfristige Effekte geben sollte.

Bevor ein Gesamtüberblick über den Untersuchungsablauf gegeben wird, sollen zunächst 3 methodische Aspekte diskutiert werden:

1. Allgemeinere Gesichtspunkte des Forschungsverständnisses begründen die Art der Zusammenarbeit mit Pflegenden auf Forschungsebene (vgl. dazu auch Kapitel II, 5.3)
2. Aspekte, die mit der Auswahl von Erfolgskriterien zusammenhängen werden diskutiert, um die Auswahl der Methoden zu begründen
3. Gesichtspunkte, die mit der Bildung von Kontrollgruppen einhergehen, diskutieren wir, um auf Implikationen dieses forschungsstrategischen Vorgehens hinzuweisen.

3 DISKUSSION AUSGEWÄHLTER METHODISCHER ASPEKTE

3.1 WESENTLICHE GESICHTSPUNKTE DES FORSCHUNGSVERSTÄNDNISSES

Zum gegenwärtigen Entwicklungszeitpunkt der Klinischen Psychologie in der Altenarbeit liegt das größte Defizit in der mangelnden Kenntnis über die vielen (Interaktions-)Bedingungen, die den Alltag der Bewohner, der Pflegenden und der Fortbilder bestimmen. Wenngleich hier eine Vor- und Hauptuntersuchung durchgeführt wurde, behält das Gesamtprojekt noch immer den Charakter einer Erkundungsstudie. Der methodische

Anspruch wurde diesen Voraussetzungen angeglichen. Wesentlich erschien vor allem, die Situation der Pflegenden zu erhellen und durch ihre Aussagen das mit ihnen gemeinsam erstellte Fortbildungskonzept zu validieren.

Es mag aus den bisherigen Ausführungen hervorgegangen sein, daß die Pflegenden als die eigentlichen Fachleute angesehen werden. Klinische Psychologen sollten nach den hier gewonnenen Erfahrungen Anstöße für neue Entwicklungen geben und dabei möglichst durch kontinuierliche Fortbildung und Supervision Tendenzen mitbestimmen. Die gewählte ziel-offene Konzeption der pädagogisch-therapeutischen Strategie hat insofern auch für gegenwärtige Forschungsbestrebungen große Relevanz. Nur, wenn die Pflegenden subjektiv "hinter dem stehen können", was sie vermittelt bekommen, ist langfristig eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung möglich. Sie selbst sollten das miterarbeiten, was ihnen später als Hilfe dienen kann.

Die Prozesse der kooperativen Konsensbildung und Identifikation sehen wir als grundlegend an. Sie begründen, daß wir der Sicht der Pflegenden in dieser Untersuchung ein so großes Gewicht beigemessen haben.

3.2 DIE AUSWAHL VON ERFOLGSKRITERIEN

Weil das im Praxisteil vorgestellte pädagogisch-therapeutische Konzept sowohl der Erwachsenenbildung als auch der Psychotherapie zuzuordnen ist, wurde versucht, Methoden der Lernzielkontrolle mit denen der Veränderungskontrolle zu kombinieren.

Das Schwergewicht liegt dabei nicht auf der Überprüfung der Angemessenheit des Vermittlungskonzeptes (Konzept A ist Konzept B hinsichtlich xyz überlegen), sondern allgemeiner auf der Überprüfung der Angemessenheit des psychologischen Teils der Weiterbildung.

Es kann angenommen werden, daß fast jegliche Form der Weiterbildung, die die Möglichkeit bietet, im Erfahrungsaustausch mit Kollegen die berufliche Routine zu reflektieren, positive Effekte auf die Interaktion mit alten Menschen hat.

Ziel der Überprüfung ist es entsprechend, die Wirksamkeit und Notwendigkeit speziell klinisch-psychologischer Fortbildungsmaßnahmen für

Altenpfleger nachzuweisen. Dieses Ziel scheint dem momentanen Entwicklungsstand der Klinischen Psychologie sowie dem Stand der beruflichen Fortbildung im Bereich der Erwachsenenbildung angemessen.

Die Effektivität kann u.a. nach folgenden Kriterien erhoben werden (vgl. dazu auch SCHNEIDER, 1976):

1. den Heimbewohner betreffende Kriterien

- 1.1 Veränderungen der Zufriedenheit und Befindlichkeit der alten Menschen (im Zusammensein mit dem Pflegepersonal)

2. die Zusammenarbeit mit Kollegen betreffende Kriterien

- 2.1 Änderung der Zufriedenheit von Kollegen in der Zusammenarbeit mit den Teilnehmern
- 2.2 positive Veränderungen im Urteil der Kolleginnen
- 2.3 Die Einführung effektiverer Formen der Zusammenarbeit und organisatorischer Regelungen

3. die Teilnehmer betreffende Kriterien

- 3.1 Zufriedenheit mit der Fortbildung und dem Fortbildungsstil
- 3.2 Veränderungen der psychologischen Kompetenz im Bereich der Kognitionen, Gefühle, des Verhaltens und insbesondere des Kontaktverhaltens
- 3.3 Ausmaß der Veränderungen im Arbeitsbereich
- 3.4 Persönlichkeitsspezifischere Änderungen infolge der Teilnahme an der Fortbildung

Zu 1) Diese Kriterien wurden nicht als Selbstbeurteilungen der Bewohner überprüft. Der Grund hierfür wurde in der Voruntersuchung festgestellt: Von mehreren Bewohnern können nur Aussagen erwartet werden, die in ihrer Validität stark eingeschränkt sind. Desorientierung oder Gefühle der Ablehnung, Interaktionskonflikte und auch Gefühle der Abhängigkeit würden die Aussagekraft in vielen Fällen erheblich mindern. Als detaillierte Fremdbeurteilungen durch das Pflegepersonal sind diese Erhebungen als Vorher-Nachher-Messungen nicht möglich, weil dieses die erfolgreiche Absolvierung des Seminars voraussetzen würde. Ebenfalls würde eine detaillierte Fremdeinschätzung durch Fachpsychologen die intensive Mitarbeit von ausgebildetem Pflegepersonal voraussetzen.

Zu 2) Diese Kriterien fallen als Fremdbeurteilungen ebenfalls heraus, weil durch Vorher-Messungen die Teilnehmer zu sehr (noch mehr) unter Leistungsdruck gesetzt würden (z.B. durch Konkurrenz). Die Effektivität des Seminars für die Teilnehmer sollte nicht diesem Forschungsanliegen untergeordnet werden. Die Kriterien unter 2) wurden daher als Selbsteinschätzungen und Fremdbeurteilungen durch die Teilnehmer erhoben. Fremdbeurteilungen z.B. durch Vorgesetzte müssen ebenfalls ausscheiden, weil die Kontakte zum Teil nur sehr locker sind, in wesentlichen Situationen gar keine Beobachtungsmöglichkeit für sie besteht und sie häufiger auch das ablehnen, was hier überprüft werden soll: Die gezielte psychologische Betreuung der Pflegenden.

Während in 1) bei den Bewohnern zusätzlich zu den oben genannten Gründen nicht zu bewältigende Hilfee Erwartungen und in 2) bei den Teilnehmern massive Leistungserwartungen induziert würden, wurde von Fremdbeurteilungen in der Bilanz der Überlegungen kein großer Gewinn erwartet.

Zu 3) Dem Ziel der Untersuchung am nächsten kommen die Kriterien dieses Punktes.

Das Erheben von objektivierten Verhaltensbeobachtungsdaten im beruflichen Umfeld würde den Forschungsgegenstand durch den Einsatz der Methoden (Video, Tonband u.a.m.) voraussichtlich zu sehr verändern. Eine solche Untersuchung erscheint nur möglich, wenn sie langfristig durchgeführt wird, d.h. die Forschenden in den Alltag eines Pflegeheimes fest integriert sind (vgl. z.B. REST, 1977). Es gibt aber darüberhinaus auch eine Reihe moralischer Bedenken: Im Gespräch mit Leidenden und Sterbenden ist die Forschung mit aufwendigeren Methoden nur mit der ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen vertretbar.

Der Einsatz von Verhaltenstests schließlich erfaßt zu fokussierte Verhaltensbereiche und ist im Hinblick auf berufliche Alltagssituationen zu wenig repräsentativ.

Als Schlußfolgerung aus diesen Überlegungen ergibt sich folgendes:

- a) der Einsatz von (standardisierten) Einschätzungsverfahren, insbesondere Selbsteinschätzungsverfahren und
- b) die Wahl von Kontrollgruppen.

Die Entwicklung von standardisierten Einschätzverfahren erfordert die möglichst genaue Erfassung wesentlicher Probleme des Untersuchungsfeldes. Dieser Arbeitsschritt wurde durch die Anlehnung an verschiedene, in der Literatur vorliegende Untersuchungen geleistet (z.B. SCHMITZ-SCHERZER et al., 1978; MYBES et al., 1980; PROCHAZKA, 1978), vor allem aber durch die Mitarbeit der Teilnehmer der Voruntersuchung. Sie erklärten sich bereit, an der Erstellung verschiedener Methoden mitzuwirken.

Wählt man in einem Forschungsvorhaben den Einsatz von Kontrollgruppen, so sind Methoden erforderlich, die in der Lage sind, auch "feinere" Unterschiede hinreichend wiederzugeben. Darüberhinaus aber ist die Wahl von Kontrollgruppen mit einigen methodischen Problemen verbunden, denen ich mich im folgenden zuwenden möchte.

3.3 DIE BILDUNG VON KONTROLLGRUPPEN

Die Bildung von Kontrollgruppen setzt zunächst das Vorhandensein einer hinreichend großen Stichprobe voraus. Die Aufteilung in Gruppen muß nach für wesentlich erachteten Kriterien erfolgen. Die Gruppen müssen voneinander unabhängig sein. Im Hinblick auf möglichst alle zu untersuchenden Variablen müssen die Gruppen repräsentativ sein, d.h. jede einzelne Variable muß bei der Vorher-Messung eine vergleichbare Ausprägung aufweisen. Sind dagegen das Ausgangsniveau oder die besonderen Bedingungen des Einzelfalles sehr verschieden voneinander, so leidet die Vergleichbarkeit der Gruppen untereinander (vgl. dazu auch HELM, 1974).

Nun ist es ein lediglich für Forschende lösbares Problem, Einzelfälle miteinander nach verschiedenen Kriterien zu vergleichen. Jede Versuchsperson bleibt ein Einzelfall, auch wenn sie einer Gruppe zugeordnet wird. In der Erfahrungsrealität des Einzelnen verschmelzen die verschiedensten Bedingungen ("Kriterien") miteinander und bilden genau dieses einmalige Individuum mit einer besonderen Entwicklungsschichte.

Psychologische Forschung muß dieses in besonderer Weise berücksichtigen, wenn es sich um einen Untersuchungsgegenstand handelt, bei dem

Hilfe für den einzelnen (hier: Fortbildung) im Mittelpunkt der Beobachtung steht.

Es kann von dieser Betrachtungsweise aus gesehen nicht vorkommen, daß die Versuchspersonen (Gruppen) tatsächlich im Hinblick auf jede einzelne Variable vergleichbar sind. Dasselbe Ereignis (Kriterium) erlebt und verarbeitet jede Versuchsperson verschieden. Mehr oder minder große Varianzen müssen hingenommen werden. Andererseits ist es eine vermessene Annahme, daß sich die Summe der Individuen von verschiedenen Gruppen durch nichts unterscheiden, als durch das zu prüfende Kriterium (hier: Fortbildung).

Für den vorgestellten Untersuchungsgegenstand (personenzentrierte klinisch-psychologische Fortbildung nach pädagogisch-therapeutischem Konzept) müßte aus diesen Überlegungen als Konsequenz genau das Gegenteil von dem geschlossen werden, was hier vollzogen wurde: Nämlich Einzelfallanalyse statt Gruppenbildung.

Warum wurde dennoch dieser Weg der Kontrollgruppe gewählt? Die Frage ist einfach zu beantworten. Ausgehend von dem Forschungsinteresse, das Problemfeld Altenpflege unter klinisch-psychologischen Gesichtspunkten zu erkunden, bedeutet es den ersten Schritt, wesentliche Variablen zu bestimmen und unwesentliche auszuschließen, mit anderen Worten, die wesentlichen varianzbestimmenden Variablen müssen erst einmal bekannt sein, bevor weitergehende Untersuchungen angestellt werden können.

Im Hinblick auf die Lernerfolge durch Fortbildung wurde geprüft, ob andere Gruppen vielleicht ähnliche Veränderungen aufwiesen. Kontrollgruppen wurden entsprechend nur für den Nachweis der Effizienz des psychologischen Seminars herangezogen.

Die Aufklärung wesentlicher Variablen der Altenpflegesituation kann als um so abgesicherter gelten, je größer die Stichprobe ist. Deshalb interessieren auch die Ergebnisse, die sich durch eine Zusammenfassung der Werte der 3 Gruppen ergeben haben.

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über den methodischen Aufbau des gesamten Projektes.

DER UNTERSUCHUNGSABLAUF IM ÜBERBLICK

Tabelle II-1: Gesamtüberblick über den Untersuchungsablauf (Erläuterungen im Text) Methoden: Fb=Fragebogen; I.=Interview; R="Rating"		
Vergabe an...	Untersuchungsgegenstand (und Methode)	Erhebungszeit- punkt
Versuchsgruppe, Kontrollgruppe I und II	o Spezielle Probleme Basisdaten (Fb)	Vorher - Nachher - follow-up
Versuchsgruppe und Kontroll- gruppe I	o Lernzuwachs durch das Seminar (Fb 1; Fb 2) o Veränderungen im persönlichen Bereich a) individuelle (I) b) persönliche Schwierigkei- ten (Fb; R.) o Bewertung des Gesamtseminares (Fb; I.; R.) o Langfristige Veränderungen (Fb) o Weitere Basisdaten (Fb)	Nachher Im Verlauf des Se- minares - Nachher Nachher follow-up Im Verlauf des Se- minares
Versuchsgruppe	o Seminarbegleitende Rück- meldungen a) Erwartungen an das Seminar (Fb) b) Bewertung der Relevanz einzelner Lerneinheiten(Fb) c) Bewertung des gesamten Lernabschnittes (Fb) d) Transferkontrolle (Fb) o Häufige Kommunikationssitua- tionen ("Notsignale des al- ten Menschen") (Fb)	Vorher Am Ende jedes Lernabschnittes Am Ende jedes Lernabschnittes Zu Beginn jedes Lernabschnittes Im Verlauf des Seminars

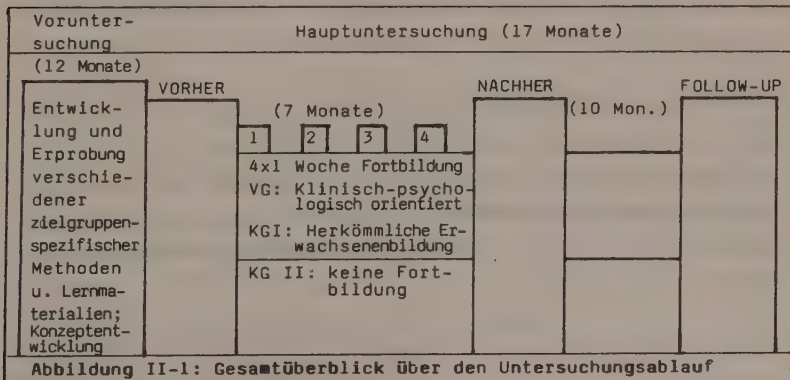


Tabelle II-1 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Fragestellungen, die in dieser Untersuchung angegangen wurden. Diese Fragestellungen sind im wesentlichen aus den Kompetenzbereichen (Lernzielen) abgeleitet, die einen Teil des Fortbildungskonzeptes repräsentieren (vgl. Kapitel III, 1.2). Da es nicht möglich und anstrebenswert erschien, die Erreichung aller (Ideal-)Lernziele für jeden Teilnehmer zu überprüfen, wurde eine Auswahl getroffen. Generelle Fragestellung ist

- a) in methodischer Hinsicht: Sind die 3 Gruppen miteinander vergleichbar?
- b) in inhaltlicher Hinsicht: Welche Auswirkungen hat klinisch-psychologische Fortbildung auf die berufspraktischen psychologischen Kompetenzen der Pflegenden?

Spezielle Probleme von Pflegenden und ihre Veränderungen wurden zu 8 Bereichen erfragt:

1. Probleme im Umgang mit berufsbedingten Belastungen
2. Probleme bei der Initiierung psychosozialer Betreuung
3. Probleme bei der Einschätzung psychologischer Sachverhalte
4. Probleme im Umgang mit alten Menschen, die unter psychischen/sozialen Problemen leiden oder als "schwierig" empfunden werden
5. Probleme bei der Begleitung Sterbender
6. Spezielle Probleme im Umgang mit Mitarbeitern
7. Beziehungshemmende Gefühle von Pflegenden
8. Einstellungen von Pflegenden, die psychosoziale Betreuung eher verhindern

Basisdaten betreffen die Schulbildung, das Alter, das Geschlecht, die Dauer der Tätigkeit in der Altenpflege, die Ausbildung, den Tätigkeitsbereich und die Position der Pflegenden.

Der direkte Lernzuwachs durch das Seminar wurde zu 4 Bereichen erfragt:

1. Veränderungen bei den Pflegenden im beruflichen Alltag (unter Hinzuziehung einiger allgemeiner Indikatoren)
2. Veränderungen bei den Pflegenden unter allgemeinpsychologischen Aspekten

3. Veränderungen im Bereich der Teamarbeit
4. Veränderungen im Bereich psychosozialer Betreuung

Als Veränderungen im persönlichen Bereich wurden erwartet

1. individuelle Veränderungen, wie z.B. eine Zunahme an Selbstsicherheit, die Abnahme von spezifischen Ängsten und
2. die Veränderung persönlicher Schwierigkeiten, z.B. solche, die die Teilnehmer als durchgängiges Problem in ihrem Leben ansehen oder belastende Schwierigkeiten im Umgang mit alten Menschen.

Die Bewertung des Gesamtseminares erfolgte durch verschiedene allgemeinere Einschätzungen, beispielsweise im Hinblick auf die inhaltliche und methodische Gestaltung des Seminars, den Psychologieanteil und das Konzept der "gezielten psychologischen Betreuung", das Verhältnis von Theorie und Praxis, u.a.m.

Langfristige Veränderungen wurden neben den Veränderungen spezieller Probleme durch 3 allgemeine Fragen erhoben:

1. Verändert sich langfristig die Bewertung des Seminarerfolges?
2. Ist das Erlernte auch langfristig transferierbar? und
3. Veränderte sich langfristig das Verhalten von Vorgesetzten?

Weitere Basisdaten betreffen vor allem die Fortbildungserfahrung vor dem Seminar, die Arbeitsplatzsituation und die Heimsituation. Hinsichtlich dieser und der oben genannten Basisdaten sollten die Gruppen quantitativ betrachtet mindestens vergleichbar sein.

Als seminarbegleitende Rückmeldungen wurden erfragt:

1. die Lernerwartungen der Teilnehmer
2. die Bewertung der Wichtigkeit einzelner Lerneinheiten* (je 4 Stunden à 45 Minuten) für den Beruf und für sich persönlich
3. die Bewertung des gesamten Lernabschnittes* (je 10 Lerneinheiten) unter verschiedenen Gesichtspunkten des Lernstils und Lernerfolges.
4. die Transferleistung des Einzelnen unter verschiedenen Gesichtspunkten der Betreuung und Teamarbeit.

*
im folgenden abgekürzt als LE bzw. LA

Die besondere psychische Situation von betreuungs- und pflegebedürftigen alten Menschen wurde von den Pflegenden der Versuchsgruppe mit Hilfe eines "Beobachtungskataloges" eingeschätzt. Aus der Quantifizierung dieser Daten wurden die häufigsten Kommunikationssituationen zwischen Bewohnern und Pflegenden empirisch ermittelt.

5 METHODENBESCHREIBUNG

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Methoden in ausgewählten Aspekten der Konstruktion und Anwendung beschrieben.

5.1. FRAGEN ZU "SPEZIELLEN PROBLEMEN" (Vorher-Nachher-Erhebung)

Im Rahmen des Seminars der Voruntersuchung wurden die Teilnehmer nach wesentlichen Problemen gefragt, die ihren Alltag bestimmen. Die Antwortkonstruktion der Statements mit "stimmt", "stimmt nicht" erwies sich als die angemessenste. Mehrere Experten (Diplom-Psychologen, Heimleiter(innen), Pflegende mit und ohne psychologische Fortbildungserfahrung, Fachbereichsleitung "Altenpflege" im Trägerverband) bestätigten dieses und die inhaltliche Angemessenheit der Fragestellungen.

Im Vortest der Voruntersuchung wurde zunächst ein Pool von 110 Fragen gestellt. Für die Konstruktion des endgültigen Fragebogens wurden einige Statements herausgenommen, einige korrigiert oder ausgetauscht. Es verblieben insgesamt 100 Fragen, von denen 76 zur Effizienzprüfung herangezogen wurden (die verbleibenden Items betreffen andere Bereiche wie z.B. relativ unveränderbare Problemaspekte und Kontrollitems). Diese Aussortierung und Veränderung wurde den Antwortmöglichkeiten derjenigen Pflegenden angeglichen, die im Wohnbereich arbeiten und die weniger als 4 Jahre in der Altenpflege tätig waren (ablesbar an zuvor häufigen Fehlantworten). Die Itemkennwerte nach LIENERT, 1967 Schwierigkeitsgrad, Trennschärfe und Selektionskennwert wurden als Entscheidungshilfen herangezogen, erwiesen sich aber als nicht so aussagekräftig wie die verbale Rückmeldung der 18 Versuchspersonen, die den Vortest durchgeführt hatten. Diese waren gebeten worden, zusätzlich die

folgenden offenen Fragen zu beantworten: Was haben Sie über die Fragen gedacht, als Sie sie beantworteten? Was haben die Fragen bei Ihnen ausgelöst? Welche Fragen fanden Sie besonders wichtig oder unwichtig? Waren Ihnen einige Fragen zu persönlich (wenn ja, welche)? Welche Bewohner empfinden Sie als die schwierigsten?

Ergebnisse der numerischen Auswertung der 110 Fragen ergaben, daß Fortgebildete im Gesamtergebnis besser abschnitten als nicht Fortgebildete, Hilfskräfte schlechter abschnitten als Stationsschwestern und Stationsleitungen und die Dauer der Berufstätigkeit in der Altenpflege ebenfalls als unterscheidendes Kriterium dienen kann.

Schlußfolgerung: Aus der Summe der Entscheidungskriterien wurde die Schlußfolgerung gezogen, daß der Fragebogen geeignet ist, im Rahmen der hier zu beantwortenden Fragestellung

- a) wesentliche Probleme von Pflegenden, die in den Fragenkatalog eingingen, zu repräsentieren und
- b) zwischen den 3 Untersuchungsgruppen hinsichtlich dieser Probleme zu unterscheiden.

Besonderes Gewicht wurde auf die Unabhängigkeit der Stichproben gelegt. Der Grund dafür ist nicht allein die oben genannte Forderung nach Unabhängigkeit der Gruppen, sondern die Tatsache, daß eine wissenschaftliche Befragung bei den Leitungen und Pflegenden eines Hauses erfahrungsgemäß zu einem besonderen Gesprächsthema avanciert. Die Versuchspersonen der Vor- und Hauptuntersuchung wurden deshalb ausdrücklich gebeten, nicht mit Anderen über die Beantwortung zu sprechen, bevor sie selbst die Fragen beantwortet haben. Die Antworten in allen dargestellten Methoden mit Ausnahme des Interviews erfolgten in der Vor- und der Hauptuntersuchung anonym.

Die Stichprobe der KG II wurde wie folgt zusammengestellt.

Eine Zufallsauswahl von 77 Heimleitungen der insgesamt 130 Altenpflegeeinrichtungen der Region wurden gebeten, ebenfalls möglichst nach Zufall drei Namen ihrer Mitarbeiter anzugeben, die über die Bedingungen "mindestens zwei Jahre in der Altenpflege tätig" und "verantwortlich im Pflege- oder Wohnbereich als Stationsleitung, Stationsschwester oder Stationshilfe tätig" verfügten. Die Rücklaufquote dieses und eines weiteren Anschreibens lag bei insgesamt 83 %, von denen 30 % ab-

sagten, an der Befragung teilzunehmen. Vor allem kleinere Häuser entschieden sich, an der Befragung nicht teilzunehmen. Es lag dann für die Bildung von Kontrollgruppen ohne Fortbildung eine Namensliste von 48 Pflegenden vor.

Aus diesem Personenkreis wurden schließlich 32 Pflegende um ihre Mitarbeit gebeten. Zuvor waren folgende Personen ausgeschlossen worden:

- die Teilnehmer der beiden Fortbildungsseminare (hier waren Überschneidungen möglich)
- ihre Kollegen aus dem Haus, aus dem sie stammten
- die Versuchspersonen und Kollegen der Vortestpopulation

Schlußfolgerung: Es kann somit angenommen werden, daß die Stichproben VG (N=26), KG I (N=17) und KG II (N=32) unabhängig voneinander sind und jeweils aus verschiedenen Einrichtungen stammen (insgesamt 41). Auch kann davon ausgegangen werden, daß die Pflegenden der Gesamtstichprobe (nach Ausschluß aufgrund weiterer Kriterien, die wir weiter unten darstellen: Minimum: N=65 Personen; Maximum: N=75) den Bereich der "stationären Altenpflege" hinreichend repräsentieren.

Das Problem der Reliabilität der gewonnenen Ergebnisse wurde durch einen Vergleich der Vorher-Nachher-Ergebnisse mit anderen, zum Teil ähnlichen Fragestellungen angegangen. Der Ergebnisteil berücksichtigt in besonderer Weise die Stimmigkeit der Resultate.

Das Problem der Validität haben wir durch verschiedene Expertenurteile, vor allem aber das der Pflegenden selbst berücksichtigt. Die Konzeption des Untersuchungsansatzes beruht auf einer aufrichtigen Kooperation mit den Pflegenden, die im Laufe des Hauptprojektes entwickelt werden konnte. Rückmeldungen vor allem von Teilnehmern der VG bestätigten das größtmögliche Bemühen um gültige Antworten. Dieses bezieht sich auch auf die anderen oben angegebenen Methoden.

Im Hinblick auf den Charakter der Erkundungsstudie wurde auf die Errechnung numerischer Angaben, z.B. von Reliabilität, Validität, Interitemkorrelation usw. verzichtet. Es handelt sich hier auch nicht um ein Verfahren, durch welches vielleicht wesentliche Entscheidungen über Personen getroffen werden könnten (z.B. Qualifikationsbestim-

mung). Dasselbe gilt auch für die anderen Methoden, die eigens für die Überprüfung der Auswirkungen dieses hier vorgestellten Seminares entwickelt worden sind. Weitere Untersuchungen zu diesen Fragen sind sinnvoll, jedoch ist auch hier die Relation von Forschungsziel und Forschungsaufwand zu berücksichtigen.

Die Datengewinnung erfolgte bei der Vorher-Befragung zu Beginn der ersten Seminarwoche. Bei der VG und der KG I wurden die Fragen im Rahmen der Fortbildungssituation vorgelegt; bei der KG II war nur eine postalische Befragung zum gleichen Zeitpunkt möglich. Auch hier wurde auf die alleinige Beantwortung und Anonymität der Auswertung hingewiesen. Auch die Nachher-Befragung im Anschluß an den 4. Lernabschnitt und die Follow-up-Befragung 10 Monate nach Beendigung des Seminares erfolgten postalisch.

Um Antworttendenzen vorzubeugen, wurden die Items sowohl in positiver wie auch in negativer Formulierung gehalten. Die den verschiedenen inhaltlichen Problembereichen zugeordneten Statements wurden gleichmäßig auf den Fragebogen verteilt. Die inhaltlich erfragten Problem-
aspekte wurden einzelnen Bereichen (hier: 8) zugeordnet. Der Begriff "Bereiche" wurde hier wie auch bei den anderen Methoden gewählt, um zu verdeutlichen, daß es sich nicht im strengen methodischen Sinn um empirisch abgesicherte, in sich konsistente und in jedem Fall voneinander unabhängige "Konstrukte" handelt. Die Zusammenfassung der Einzelaspekte erfolgte vielmehr aus Darstellungsgründen. Diese und andere methodische Aspekte werden im Zusammenhang mit methodischen Einführungen, die den Ergebnisteilen vorgeschaltet sind, wieder aufgegriffen.

5.2 FRAGEN ZUM: "LERNZUWACHS DURCH DAS SEMINAR"

Auch bei der Konstruktion dieses Fragenkataloges (vgl. Anhang, 3.2.2/3) wirkten die Teilnehmer des Voruntersuchungsseminars mit. Hier erwies sich die Antwortkonstruktion in 6 Stufen als die angemessenste. Auch bei dieser Entwicklung der Fragen war ein Großteil der oben genannten Experten tätig.

Der Unterschied zwischen diesen Fragen und denen über "spezielle Probleme" liegt vor allem darin, daß die Teilnehmer hier deutlich wußten: Es geht um die Einschätzung des Lernerfolges durch das Seminar.

Die Antwortkonstruktion in 6 Stufen beinhaltet durch die zwangsläufig positive Formulierung der Statements prinzipiell eine positive Antworttendenz. Dieser wurde entgegengewirkt durch die wiederholte Aufforderung, kritisch nur das zu beurteilen, was sich wirklich verändert habe. Auch hier bestätigten die Teilnehmer beider Fortbildungsgruppen anschließend ihr größtmögliches Bemühen um eine gültige Einschätzung (vgl. dazu auch die Anleitung zur Beantwortung der Fragen). Dieses Bemühen kann besonders für die VG-Teilnehmer konstatiert werden. Sie waren mit dieser generellen Fragestellung schon von anderen Erhebungen her vertraut.

Die Datengewinnung erfolgte bei diesen Fragen am Ende des letzten Lernabschnittes und am Ende des seminarabschließenden Interviews. Wie aus dem Anhang ersichtlich ist, sind die Fragen in 2 Bereiche aufgeteilt

- a) einen allgemeineren Teil und
- b) einen spezielleren Teil.

Der allgemeinere Teil (Vgl. A 3.2.2) enthält neben den Fragen zum Lernzuwachs auch solche zur Bewertung des Seminares (Seminargestaltung, Theorie-Praxis-Verhältnis u.a.m.). Hier diente eine stichwortartige Zusammenfassung wesentlicher (psychologischer) Inhalte des Seminares als Erinnerungshilfe für die Teilnehmer (vgl. die Übersichten im Anhang, 1.1.2).

Der speziellere Teil bildete der Abschluß des Interviews, erfolgte also in einer Einzelbefragung. Bei dem allgemeinen Teil machte eine Gruppe den Kontext aus.

Während bei der Konstruktion der Erstfassung des Fragebogens in der Voruntersuchung noch eine Kontroll-"Skala" (Soziale Erwünschtheit) integriert war, wurde dieses für die Hauptuntersuchung für nicht sinnvoll erachtet. Diese Fragen hatten die Ergebnisse tendenziell verfälscht, denn sie wirken für den um Aufrichtigkeit bemühten Teilnehmer verwirrend und vertrauensmindernd. Für kritische Personen sind sie darüberhinaus durchschaubar. Um so mehr ist das der Fall, wenn die Ver-

suchspersonen in methodischen Fragen gewisse Grundkenntnisse erreicht haben. Kontrollfragen wurden deshalb nur im Rahmen der Vorher-Nachher-Befragung erhoben. Ergebnisse hierzu werden weiter unten dargestellt.

5.3 SEMINARBEGLEITENDE EINSCHÄTZUNGEN ZUM TRANSFER

Ich möchte in diesem Zusammenhang auch weitere grundlegendere Aspekte des Forschungsvorgehens ansprechen.

Die Einschätzung der Transferierbarkeit des Erlernten ist prinzipiell mit Schwierigkeiten behaftet:

- a) Es müssen allgemeine Urteile über das eigene Verhalten in Alltagssituationen getroffen werden. Hier können Verfälschungen in der Selbstbeurteilung auftreten.
- b) Veränderungen müssen im Hinblick darauf beurteilt werden, ob sie sich durch das Seminar ergeben haben und tatsächlich erst seit dem Zeitpunkt des Seminares eingetreten sind oder ob sie sich vielleicht schon vorher ergeben haben.

Diese methodischen Grundprobleme wurden mit den Teilnehmern beider Gruppen diskutiert. Bei der VG bildete die Sensibilität für solche Probleme einen wesentlichen Teil der Vermittlungsstrategie.

Zur Datengewinnung bei den Einschätzungen zum Transfer: Die einzelnen LA wurden jeweils begonnen mit einer "Transfereinheit". Aus pädagogisch-therapeutischen Gründen geschah dieses mit dem Ziel der Rückversicherung für die Teilnehmer und den Leiter der Gruppe. Rückversicherungen sind aber nur gültig, wenn sie durch kritisches Hinterfragen abgesichert werden. Dabei kommen die oben genannten Schwierigkeiten zur Sprache. Jeweils im Anschluß an diese Transfer-Diskussionen, die mit großem Engagement geführt worden sind, wurden die "Einschätzungen zum Transfer"* vorgelegt (also je im Verlauf der 11., 21., 31. und 38. LE; vgl. zur Fragenkonstruktion A 3.1.3).

*Dieser Fragebogen wurde nur hier, nicht aber gegenüber den Teilnehmern so benannt. Dieses gilt auch für alle anderen Methoden, die ohne Bezeichnung vorgelegt wurden.

Die Fragen zum Transfer sind allgemein gehalten und in ihrer Konstruktion an Ratingskalen angelehnt. Die Anweisungen zur Einschätzung erfolgten wie bei allen Fragen zur Veränderung derart, daß nur der Zuwachs (an Wissen und Können usw.) angegeben werden sollte - je nach individuellem Ausgangsniveau. Diese Anweisung erlaubt am ehesten eine Zurückführung der Antworten auf Effekte durch das Seminar.

Im übrigen wurde mit den Teilnehmern der VG häufiger über den Sinn von Einschätzungen gesprochen: Letztere dienten zum einen dazu, auf rationelle Weise alle Teilnehmermeinungen zu erfassen, d.h. auch diejenigen der zurückhaltenderen. Das Ziel, die Ergebnisse wieder in die Planung des Seminares einfließen zu lassen, konnten die Teilnehmer akzeptieren. Zum anderen wurde darüber diskutiert, das Einschätzungen der Überprüfung dienen, inwieweit Klinische Psychologie in der Altenpflege tatsächlich durch Pflegende umsetzbar sei. Ziel dieser Diskussion war die Feststellung von Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Hilfe in der individuellen Praxis des einzelnen Teilnehmers.

Unter den hier beschriebenen Gesichtspunkten ist eine Kooperation mit den Versuchspersonen in Forschungszusammenhängen im allgemeinen unüblich. Von Methodenkritikern wird eingeworfen, daß die Beeinflussung durch den Versuchsleiter zu groß sei. Dem ist gegenüberzustellen, daß es die Versuchspersonen verständlicherweise drängt, das Ziel und den Zweck von Forschungen zu erfahren, an denen sie selbst einen großen Anteil haben und für deren Erhebungen sie über einen längeren Zeitraum (hier: ein halbes Jahr) wiederholt großen Aufwand leisten. Die Einbeziehung der Teilnehmer in den Forschungsablauf wurde hier als grundlegend notwendig für eine geeignete Validierung des von den Teilnehmern selbst miterarbeiteten Konzeptes betrachtet. Metadiskussionen über Inhalte der Fortbildung wie über Methoden zur Überprüfung ihrer Angemessenheit gehören nach diesem Forschungsverständnis zum größtmöglichen Bemühen des Forschers um Transparenz und Kooperation. Eingeschränkt wird diese Forderung nur dann, wenn durch zu große Transparenz Verfälschungen der Daten zu erwarten sind.

Es kann hier lediglich darauf verwiesen werden, daß nur durch Kooperation, die Transparenz auch in diesen Fragen zuläßt, eine angemessene Forschungsstrategie gesichert ist. Dieses konnte auch bei anderen Langzeiterhebungen mit chronisch kranken Patienten und ihren Angehörigen festgestellt werden (vgl. z.B. WOLFF & BRIGGS, 1981). Es sei an dieser Stelle ebenfalls nur angedeutet, daß ein verändertes Forschungsverständnis, welches die Versuchspersonen als Subjekt in den Forschungsablauf einbezieht, höchst interessante Fragen des Vertrauens, der Macht, und allge-

meiner, der Kooperation aufwirft (vgl. dazu auch MERTENS & FUCHS, 1978; BUNGARD, 1980). Eine unbeeinflusste Versuchsperson kann sogar aus dieser Sicht bezüglich komplexer Konstrukte überhaupt keine angemessenen Urteile abgeben (vgl. zu diesem Methodenproblem auch MAIWALD, 1978).

5.4 SEMINARBEGLEITENDE BEWERTUNGEN EINZELNER LERNABSCHNITTE (LA)

Rückmeldungen über die Bewertung einzelner LA wurden am Ende der 1., 2. und 3. Seminarwoche erhoben.

Sowohl standardisierte Fragen als auch offene Fragen wurden von den Teilnehmern schriftlich in der Gruppe (LE 10., 20. und 30.) erbeten (vgl. Anhang 3.1.2). Die Konstruktion der standardisierten Fragen ist so angelegt, daß relative Häufigkeiten hinsichtlich jedes Fragekomplexes errechnet werden können. Aussagekräftig sind

- a) die relativen Häufigkeiten von Antworten bezüglich jedes Komplexes, denn die Teilnehmer wurden angeleitet, "durch Weglassen von Antworten andere hervorzuheben" und
- b) die relative Häufigkeit einzelner Standardisierungen. Hier ist für die Dateninterpretation entscheidend, ob die relativen Häufigkeiten über den zu erwartenden Trefferwahrscheinlichkeiten liegen (z.B. bei 3 Kreuzen zu 3 Antwortmöglichkeiten liegt die Trefferwahrscheinlichkeit bei 100 % zu jedem Statement; bei 5 Kreuzen zu 12 Antwortmöglichkeiten liegt die zu erwartende Trefferwahrscheinlichkeit hinsichtlich eines Items bei 42 % usw.).

Dieses Auswertungsverfahren bietet die Möglichkeit, die Aussagen der Teilnehmer auf deren bewußte Entscheidung zurückzuführen. Ihnen wurde so der Gang von Alternativen als auch von Enthaltungen erleichtert.

5.5 EINSCHÄTZUNG DER RELEVANZ EINZELNER LERNEINHEITEN UND LERNABSCHNITTE

Jeder Lernabschnitt schloß bei der VG mit einer Lerneinheit: "Zusammenfassung und Vertiefung von Einzelthemen" ab. In Stichworten wurden den Teilnehmern wesentliche Inhalte im Überblick vergegenwärtigt. Diese Liste von Stichwörtern (vgl. Anhang 1.1.3) diente als Grundlage zur Einschätzung der Relevanz einzelner Lerneinheiten (vgl. zur Fragenkon-

struktion, Anhang 3.1.1) und der Bewertung des gesamten Lernabschnittes (vgl. die Fragen zu seminarbegleitenden Rückmeldungen im Anhang 3.1.2).

5.6 ERHEBUNGEN ZUR PSYCHISCHEN SITUATION ALTER MENSCHEN ("NOT-SIGNALE DES ALTEN MENSCHEN")

Die im Anhang beigelegten umfangreichen Beobachtungskriterien zur Einschätzung von "Notsignalen alter Menschen" sind vorwiegend verhaltensorientiert formuliert. Sie dienen in erster Linie als Interventionskriterien für vorbeugende Hilfe. Das gesamte Heft entstand in enger Zusammenarbeit mit den Teilnehmern der Voruntersuchung und den verschiedenen oben genannten Experten.

Die begleitenden Kapitel dieses Heftchens mögen auch dem Leser dieser Arbeit verdeutlichen, daß Gefahren der Fehleinschätzung zwangsläufig mit dem Unterfangen einhergehen, Pflegende vertieft für psychische Auffälligkeiten zu sensibilisieren. Es ist sicher nicht unumstritten, ob Pflegenden mit relativ geringen Vorkenntnissen eine solche Einschätzung zugemutet werden darf. Die Erfahrungen zeigen jedoch, daß die vertiefende Sensibilisierung auch zu erhöhtem realitätsangemessenem Engagement führten. Es wäre sinnvoll, in weiteren Forschungen zu überprüfen, ob sich Pflegende tatsächlich ein angemessenes Maß an Beurteilungskompetenz zumuten. Die Tendenz zur Selbstüberschätzung ist bei manchen Pflegenden gewiß latent vorhanden.

Ein wesentlicher "roter Faden" der inhaltlichen Seminarkonzeption bestand in dem kontinuierlichen Hinweis auf diagnostische Urteilsprozesse und Gefahren der Fehlinterpretation. Kriterien für angemessenere Urteilsbildung waren wiederholt Gegenstand des Seminargesprächs und der Selbsterfahrungen. Die Teilnehmer erhielten mit Hilfe der dargestellten Beobachtungskriterien ein Training in Verhaltensbeobachtung und der Einschätzung psychischer Prozesse. Insofern können die Pflegenden der VG als "trainierte Beobachter" gelten.

Viele Einschätzungen setzten ein Vertrauensverhältnis voraus. Dieses ist außenstehenden Forschenden in den meisten Fällen nicht möglich zu erarbeiten. Die Ergebnisse gewinnen dadurch an Gewicht.

Im Verlauf des Seminares (4. und 5. LA) schätzten die Teilnehmer der VG die psychische Situation von insgesamt 50 Personen ihres Tätigkeitsbereiches ein. Diese Einzelfallbeschreibung mit Hilfe der Beobachtungskriterien erfolgte durch die folgende Anleitung:

"Bitte beurteilen Sie (mit Hilfe des "Notsignal"-Kataloges) zwei Bewohner, die Sie als "schwierig" empfinden und kreuzen Sie an, was zutrifft oder nicht. Bitte beurteilen Sie den Zeitraum der letzten 6 Monate. Dieses soll gleichermaßen eine Übung und eine Informationserhebung sein, die möglichst gültig ist. Bitte rückversichern Sie sich deshalb lieber noch einmal durch Ihre eigene Praxis, machen Sie jedoch das Kreuz bei "keine Angabe möglich" so selten wie möglich."

Aus den 50 vorliegenden Einzelfallbeschreibungen wurden 14 für die Darstellung ausgeschlossen, weil sie als 'nicht hinreichend gültig' eingestuft wurden. Gründe für den Ausschluß waren vor allem Unvollständigkeit und die Angabe des Beobachters, nicht mit hinreichender Sorgfalt vorgegangen zu sein oder eine zu vermutende Antworttendenz. Auch der Gesamteindruck von der Urteilsfähigkeit des Beobachters war ausschlaggebend.

Die verbleibenden 36 Einzelfallbeschreibungen wurden quantitativ ausgewertet. Die Interpretierbarkeit der Ergebnisse gewinnt durch die Kategorie "trifft nicht zu" besonders an Bedeutung. Durch den Ausschluß von bestimmten Verhältnissen wurden die Beobachter gehalten, möglichst genau und verantwortungsvoll einzuschätzen. Mit Hilfe der Angaben über relative Häufigkeiten können diejenigen Merkmale empirisch ermittelt werden, mit denen Pflegende übermäßig oft konfrontiert sind - es sind dieses im Sinne des "Notsignal"-Kataloges Kommunikationssituationen, auf die Pflegende angemessen reagieren können müssen.

Weitergehende Auswertungen sind nicht in Betracht zu ziehen, weil strengere methodische Maßstäbe (z.B. Interraterreliabilität u.a.m.) angelegt werden müßten. Die relativen Häufigkeiten (Prozentangaben) im Kap. III,4.3 mögen jedoch dennoch allgemeine, vertiefende Einblicke in die Problemstruktur "Klinische Psychologie in der Altenpflege" geben.

5.7 INTERVIEW

In einem seminarabschließenden Interview wurden die Teilnehmer beider Fortbildungsseminare in offener und standardisierter Form zum einen gebeten, das Gesamtseminar zu bewerten und zum anderen, Auswirkungen des Seminares zu beurteilen (vgl. Anhang 3.2.4)."

Im ersten, offenen Teil des Interviews wurden die Teilnehmer vor allem nach Veränderungen im persönlichen Bereich und im beruflichen Bereich gefragt. Diese Fragen waren, wie in der gesamten Untersuchung, getrennt gestellt worden, um denselben Gegenstand von mehreren Aspekten zu beleuchten. In der Realität jedoch sind diese Gesichtspunkte nicht auseinanderdividierbar.

Die im Anhang angeführten Fragen nach "Veränderungen persönlicher Schwierigkeiten" wurden bei einer Zufallsauswahl von 11 Personen der VG gestellt (im Interviewverlauf zwischen Frage 4 und 5). Das gesamte Interview dauerte für diese Personen ca. 15 Minuten länger. Insgesamt lag die Interviewzeit bei durchschnittlich etwa 60 Minuten. Alle Interviews wurden von einem Interviewer (dem Autor dieser Arbeit) durchgeführt, auf Tonträger aufgenommen und zur inhaltlichen Auswertung wiederholt abgehört.

Der offene Teil des Interviews (Tiefeninterview) gestaltete sich nach nondirektiven und gesprächspsychotherapeutischen Maßstäben. Mitunter wurde eine deutliche Hilfeerwartung im Gespräch mit emotional stark betroffenen Teilnehmern offenkundig. Diese Tiefeninterviews dauerten bis maximal etwa 60 Minuten.

Der anschließende standardisierte Teil des Interviews erhielt seine Prägung durch die Hinweise, möglichst gültige Einschätzungen gewinnen zu wollen. Durch diese Hinweise wurde dem Versuchsleitereffekt und der sozialen Erwünschtheit der Antworten entgegengewirkt. Bemerkungen wie "stimmt das wirklich?" oder "Sie sollten dieses so angeben, wie es wirklich für Sie ist", "uns ist nicht dadurch geholfen, wenn Sie uns einen Gefallen tun wollen" oder "nur wenn Sie uns sagen, was Sie verändern würden, können wir darauf reagieren" u.a.m. mögen als Anzeichen für ein größtmögliches Bemühen um Objektivität gelten.

Der Text der Fragen wurde jedem Pflegenden vorgelesen. Die Teilnehmer der KG I beantworteten die Fragen 8 und 9 des Interviews nicht, weil sie nicht über den entsprechenden Erfahrungshintergrund verfügten. Das Interview schloß mit den "speziellen Fragen zum Lernzuwachs" ab.

Die 42 Interviews wurden im Zeitraum von 2 Monaten nach Beendigung des Seminars durchgeführt. Etwa je die Hälfte der Teilnehmer aus der VG und der KG I wurden im ersten Monat interviewt, die anderen im zweiten Monat. Auf diese Weise können eventuelle zwischenzeitliche Veränderungen als gleichverteilt zwischen beiden Gruppen angesehen werden. Der überwiegende Teil der Interviews fand in der Einrichtung statt, in der die Pflegenden arbeiteten.

5.8 FRAGEN ZUR HEIM- UND ARBEITSPLATZSITUATION

Von 35 Altenpflegeeinrichtungen wurden Hintergrunddaten ("weitere Basisdaten") zum Institutionstyp und zum Ausmaß der Pflegebedürftigkeit von Bewohnern erhoben (vgl. Anhang 3.3).

Die Angaben beruhen auf Zählungen bzw. Einschätzungen der Leitungen der jeweiligen Einrichtung. Die Ergebnisse stellen einen weitgehend repräsentativen Überblick über die gegenwärtige Arbeitssituation von Pflegenden in der stationären Altenarbeit in katholischen Einrichtungen dar. Einige Ergebnisse dieser Untersuchung wurden an einem anderen Ort dargestellt (MAIWALD, voraussichtlich 1983).

Im Zusammenhang dieses Forschungsberichtes interessieren die Angaben vor allem für die Überprüfung des Kriteriums der Vergleichbarkeit zwischen den 3 Untersuchungsgruppen. Erhoben wurden die Daten bei der KG II postalisch mit dem ersten Anschreiben, worin um die Mitarbeit von Pflegenden des Hauses für die Vorher-Nachher-Befragung geworben wurde. Bei den 2 Fortbildungsgruppen wurden die Teilnehmer im Laufe der Fortbildung gebeten, der Leitung ihres Hauses den Fragebogen vorzulegen.

6.1 METHODISCHE ERGEBNISSE ZUR KONTROLLE DER VARIABLE "SOZIALE ERWÜNSCHTHEIT / SELBSTÜBERSCHÄTZUNG" (SE / SÜ)

Diese Fehlervariable wurde als die bedeutendste angesehen. Sie wurde stellvertretend für alle Selbsteinschätzungsverfahren im Rahmen der Vorher-Nachher-Befragung überprüft.

In diesen Fragebogen wurden 9 Statements integriert, die als Indikatoren für soziale Erwünschtheit und Selbstüberschätzung dienen können (vgl. Anhang 3.2.1). Bereits in der Voruntersuchung hatte sich gezeigt, daß besonders die Items 33, 50, 54 und 81 den internalisierten Standard besonders gut ausdrücken. Die Ergebnisse sind wie folgt.

Nach der Follow-up-Erhebung lagen insgesamt 161 Fragebogen zu "speziellen Problemen" vor, die zu 3 Zeitpunkten erhoben worden waren. Tabelle II-2 zeigt die Mittelwerte pro Gruppe und Erhebungszeitpunkt hinsichtlich der 9-Punkte-"Skala". (Es handelt sich auch hier nicht im strengen Sinne um eine Skala, jedoch sind Abstufungen aus den Inhalten und empirischen Daten ablesbar.)

Darstellung

Tabelle II-2: Mittelwerte zur 9-Punkte"skala": "Soziale Erwünschtheit/Selbstüberschätzung" (VOR der Selektion)

	Vorher	Nachher	follow-up	Gesamt
VG	2.92 (1.65);N=26	2.71 (1.79);N=21	2.74 (1.62);N=23	2.79 (1.68);N=70
KG I	3.59 (2.60);N=17	2.75 (2.35);N=16	3.00 (2.35);N= 9	3.11 (2.43);N=42
KG II	3.56 (1.93);N=32	3.76 (2.25);N=17	-	3.66 (2.09);N=49
$\bar{x}$ (s)	3.36 (2.06);N=75	3.07 (2.13);N=54	2.87 (1.99);N=32	3.10 (2.06);N=161

Aus dem Gesamtergebnis wurde die tolerable Grenze von SE/SÜ errechnet. Der Gesamtmittelwert liegt bei 3.10, die Standardabweichung bezüglich

aller 161 Fragebögen bei 2.06. Dieses bedeutet, daß Personen, die einen Punktwert von ≥ 6 erreichen, über dem tolerablen Durchschnitt liegen. Dieses war bei 20 Fragebögen von 12 Personen der Fall.

Ausnahmen: Eine eingehende Analyse dieser Fragebögen ergab, daß bei 4 Personen keines der besonders kritischen Items (11. und 59.) angekreuzt waren, obwohl sie 6 Punkte erreicht hatten. Auch die Antworten der inhaltlichen Fragen entsprachen nicht den durch SE oder SÜ zu erwartenden niedrigeren Werten. Somit wurden bei diesen 4 Personen (durch Zufall je eine aus der VG, der KG I und der KG II a, KG II b) die Ausnahme zugelassen, sie trotz Punktwerten von SE/SÜ = 6 weiterhin in der Auswertung zu belassen.

Konsequenzen Ausgeschlossen von der weiteren Auswertung wurden damit 13 der insgesamt 161 Fragebögen. Es verblieben für die inhaltliche Itemauswertung 148 Fragebögen.

Die Verfälschung der Werte durch soziale Erwünschtheit oder Selbstüberschätzung kann somit als weitgehend ausgeschlossen gelten.

Als Konsequenz dieser Selektion ergibt sich jedoch eine Einschränkung der Repräsentativität der Fragebögen pro Gruppe. Es wurde hier eher ein zum Teil geringer Repräsentativitätsverlust hingenommen, als ein Verlust an Validität. Diesem methodischen Aspekt möchte ich mich im folgenden zuwenden.

6.2 WEITERE ERLÄUTERUNGEN ZUR REPRÄSENTATIVITÄT UND KONSEQUENZEN FÜR DIE VERARBEITUNG DER DATEN DER VORHER-NACHHER-BEFragung

Die folgenden Ausführungen beziehen sich nur auf die Vorher-Nachher-Befragung. Aus der vorangehenden Tabelle ist ersichtlich, daß bei der KG II die Follow-up-Erhebung nicht durchgeführt werden konnte. Nach Abfall der Rücklaufquote von 100 % auf 53 % wurde kein weiteres Anschreiben an diese Teilmenge von Versuchspersonen versandt. Die KG II wurde deshalb in eine KG IIa und KG IIb unterteilt. (Nach der SE/SÜ-Selektion: KG IIa: N=29; KG IIb: N=15)

Die Ergebnisse der KG IIa wurden zur inhaltlichen Problembeschreibung, d. h. der psychologischen Qualifikationsbestimmung, die im ersten

Hauptteil dargestellt wurde, herangezogen. Diese Aussagen gewinnen durch eine möglichst große Stichprobe an Repräsentativität (hier: N=65 aus VG: N=24; KG I: N=12; KG IIa: N=29/NACH der Selektion). Die Ergebnisse der KG IIb haben wir dagegen für die vergleichenden Auswertungen des Lernerfolges verwendet.

Eine ähnliche Sachlage ergab sich bei der KG I. Hier lag die Rücklaufquote im Hinblick auf die Follow-up-Untersuchung ebenfalls bei 53 %. Aufgrund mangelnder Repräsentativität konnten die Ergebnisse dieses Erhebungszeitpunktes ebenfalls nicht zum Vergleich herangezogen werden. Langfristige Auswirkungen werden hinsichtlich der 8 Problembereiche deshalb nur von der VG dargestellt. Dieses ist für den Aussagegehalt nicht von so großer Bedeutung, weil ohnehin starke Varianzen durch individuelle Bedingungen angenommen werden können und es letztendlich um die Beschreibung der VG geht.

Die SE/SÜ-Werte bei der KG I lagen vergleichsweise hoch: Bei der Vorher-Erhebung mußten 5 Fragebögen ausgeschlossen werden, bei der Nachher-Befragung 1 Fragebogen (im Gegensatz zu 2 bei der VG und KG II (vorher) und 1 bzw. 2 bei der Nachher-Erhebung).

Für die Verminderungen der Stichproben sind zusammenfassend folgende Gründe verantwortlich:

- a) die Selektion durch SE/SÜ b) die Selektion durch die Rücklaufquote
- c) der Wunsch einer Teilnehmerin der VG, all ihre Daten mit Ausnahme der Basisdaten nicht auszuwerten und
- d) der wichtigste Grund: die Tatsache, daß bei dem Ausfall eines Fragebogens aus der Serie Vorher-Nachher-Follow-up die gesamte Serie nicht mehr für personenorientierte Vergleiche verwendet werden können.

Als Lösung für dieses methodische Dilemma (Selektion bedeutet Repräsentativitätsverlust) wurde die Unterteilung: inhaltliche und personenorientierte Darstellung vorgenommen. Diese Unterscheidung wird eingehender im Zusammenhang mit der Darstellung von Effekten beschrieben.

Darstellung

Tabelle II-3: Mittelwerte der 9-Punkte"skala" "Soziale Erwünschtheit/Selbstüberschätzung (NACH der Selektion)
Größe der Stichproben bei der a) inhaltlichen und
b) personenorientierten Auswertung
(Erläuterungen im Text)

	Vorher		Nachher		follow-up		Gesamt	
	a)	b)	a)	b)	a)	b)	a)	b)
VG	$\bar{x}$	2.62	2.68	2.38	2.31	2.30	2.67	2.43
	s	(1.31)	(1.29)	(1.59)	(1.63)	(1.84)	(1.68)	(1.58)
	N	24	19	21	19	23	19	68Fb
KG I	$\bar{x}$	2.42	2.70	2.20	1.90			2.31
	s	(2.15)	(2.26)	(2.24)	(2.13)	-	-	(2.20)
	N	12	10	15	10			27Fb
KG IIb	$\bar{x}$	3.06	3.06	3.27	3.27			3.17
	s	(1.67)	(1.67)	(1.87)	(1.87)	-	-	(1.77)
	N	15	15	15	15			30Fb
							2.63	2.67
							(1.85)	(1.83)
							125Fb	107Fb

Tabelle II-3 gibt schließlich einen Überblick über die endgültigen SE/SÜ-Werte und die Größe der Stichproben für die inhaltliche und die personenorientierte Auswertung des Lernerfolges. Bei der inhaltlichen Darstellung wurde der größeren Stichprobe und damit Repräsentativität ein großes Gewicht beigemessen. Bei der personenorientierten Auswertung wurden strengere Maßstäbe angelegt: Hier sollten die Serie Vorher-Nachher-Follow-up-Daten vollständig vorliegen.

Die Veränderung der Daten durch geringfügig unterschiedlich große Stichproben bei der inhaltlichen Darstellung (KG I) kann als unerheblich angesehen werden, zumal die Stichprobe bei der Nachher-Erhebung größer ist als bei der Vorher-Erhebung.

6.3 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION UND KONSEQUENZEN

Alle in die Auswertung eingegangenen Fragebögen weisen vergleichsweise geringe SE/SÜ-Werte auf. Am höchsten liegen die Werte der KG II. Dieses ist vermutlich auf den Kontext der Datengewinnung zurückzuführen.

Durch den Ausschluß von Fragebögen aus verschiedenen Gründen ergeben sich Verschiebungen in der Stichprobengröße, die hinsichtlich der inhaltlichen Darstellung aber als nicht verfälschend angesehen werden können. Eine Repräsentativitätseinbuße durch die Selektion der Daten zu Gunsten größerer Validität muß für die personenorientierte Auswertung konstatiert werden. Aber auch diese Einbuße bezieht sich vorwiegend auf die Kontrollgruppen und weniger auf die Versuchsgruppe. Letztere wies vor der Selektion im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen die niedrigsten Werte bei der Variable SE/SÜ auf.

Es wurde angenommen, daß die SE/SÜ-Werte der Nachher - Befragung auch auf die "Fragen zum Lernzuwachs" übertragbar seien. Die vergleichbaren Nachher-Werte der SE/SÜ-"Skala" liegen bei der VG und der KG I deutlich niedriger als bei der Vorher-Erhebung. Dieses kann zusammen mit den Versicherungen der Teilnehmer um größtmögliches Bemühen um eine valide Einschätzung und den Hinweisen auf dieses Bemühen als hinreichende Kontrolle dieser Variable gelten.

Konsequenzen Wir können damit von der Annahme ausgehen, daß die in dieser Studie weiter verarbeiteten wichtigen Daten zur Effizienzkontrolle nicht wesentlich durch die Variable soziale Erwünschtheit oder Selbstüberschätzung verfälscht wurden.

6.4 METHODISCHE ERGEBNISSE ZUR VERGLEICHBARKEIT DER 3 UNTERSUCHUNGSGRUPPEN

Im folgenden werden die Gruppen hinsichtlich der im Untersuchungsplan genannten "Basisdaten" miteinander verglichen. Eventuelle Unterschiede im Ausgangsniveau individueller Probleme werden im Ergebnisteil analysiert.

6.4.1 Kriterien für die Bildung der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe I

Die Teilnehmerzusammenstellung der beiden Seminare erfolgte soweit wie möglich nach den im Nachspann zum Fragebogen "Spezielle Probleme" angegebenen Kriterien (vgl. Anhang 3.2.1). Bei der Auswahl von 42 Anmeldungen wurde hinsichtlich dieser Variablen eine nicht allzu große

Streuung angestrebt. Der folgende Abschnitt behandelt die Ergebnisse zur tatsächlichen Teilnehmerzusammenstellung.

6.4.2 Ergebnisse zur Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich verschiedener Basisdaten (I)

Überprüft wurden die in Tabelle II-4 dargestellten Variablen.

Darstellung der Ergebnisse

Tabelle II-4: Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen hinsichtlich wesentlicher Kriterien beruflicher Entwicklung/ Tätigkeit

Zu lesen als: Kriterium ... ist in Gruppe ... mit ...% über/unter der Norm vertreten; Abweichungen von max. + 0-9,9 % wurden durch einen Strich (-) gekennzeichnet;
(weitere Erläuterungen im Text)

Kriterium	Gruppe	mit Fortbildung		ohne Fortbildung		NORM N=75
		VG (N=26)	KG I (N=17)	KGIIa (N=32)	KGIIb (N=15)	
1. Geschlecht						
- männlich		-	-	-	-	4 %
- weiblich		-	-	-	-	96 %
2. Alter						
- 19 bis 30 Jahre		-	-	+12%	-	19 %
- 31 bis 40 Jahre		+14%	-11%	-	-	17 %
- 41 bis 50 Jahre		+13%	-	-	-	29 %
- 51 bis 60 Jahre		-13%	+15%	-	-	32 %
- 61 bis 70 Jahre		-	-	-	-	3 %
- 71 Jahre u.darüber		-	-	-	-	- %
$\bar{x}$ in Jahren (gerundet)		43	48	42	43	44
3. Schlußabschluß						
- Hauptschule		-	-	-	-	89 %
- Mittlere Reife		-	-	-	-	11 %
- Abitur		-	-	-	-	- %
4. Berufstätigkeit in der Altenpflege						
- länger als 2 Jahre		-	-	-	-	77 %
- länger als 5 Jahre		-	-	-	-	45 %
- länger als 10Jahre		-	-	-	-	14 %
$\bar{x}$ in Jahren		5	4.12	5.4	-	4.84
5. Ausbildung						
- Staatsexamen		+10%	-	-	-	63 %
- davon als Krankenschester/-pfleger		+17%	-11%	-	-	29 %
- davon als Altenpfleger (in)		-	-	-	-	34 %

Fortsetzung Tabelle II-4

- ausschließlich Kurz- ausbildung	-11%	-	-	-	19 %
o in Krankenpflege	-	-	-	-	15 %
o in Altenpflege	-	-	-	-	4 %
- keine Ausbildung/ angelernt	-	-	-	-	18 %
6. Gegenwärtige Tätigkeit					
- im Wohnbereich (z.T.mit erhöht pflege- bedürftigen Personen)	-	+17%	-10%	-	36 %
- ausschließlich im Pflegebereich	-	-	+10%	-	64 %
7. Gegenwärtige Position					
- Stationshilfe	-	-	-	+11 %	36 %
- Stationsschwester/ -pfleger	-	-	-	-	46 %
- Stationsleitung	-	+17%	-	-	18 %

Interpretation Ablesbar sind Unterschiede am deutlichsten durch den Vergleich jeder Einzelstichprobe mit der Norm der Gesamtstichprobe. Die Ergebnisse zeigen, daß die Stichproben in hohem Maße miteinander vergleichbar sind. Dieses war nicht ohne weiteres zu erwarten. Abweichungen von maximal 17 % von der Gesamtstichprobe sind als geringfügig zu betrachten.

Auffälligere Unterschiede zwischen den Gruppen sind durch zwei Punkte zusammenzufassen:

1. Das Qualifikationsniveau ist in der VG geringfügig höher als in den anderen beiden Gruppen (mehr Teilnehmer mit Krankenpflegeexamen und weniger Teilnehmer mit Kurzausbildung). Dieses gleicht sich dadurch aus, daß die Teilnehmer aus der KG I etwas häufiger in Wohnbereichen arbeiten und entsprechend häufiger als "Stations"leitungen tätig sind.
2. Es bestehen geringfügige Altersunterschiede zwischen der VG und der KG I. Der Altersbereich zwischen 30-40 Jahren ist in der VG häufiger vertreten, der zwischen 50-60 Jahren seltener. Bei der KG verhält es sich genau umgekehrt.

Die Normdaten (N=75) geben die Verteilungen wesentlicher Personenmerkmale von Pflegenden in der stationären Altenarbeit wieder. Diese Ergebnisse sind vor allem für die Praxis der Fortbildung von großem Interesse.

6.4.3 Ergebnisse zur Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich verschiedener Basisdaten (II)

Erhebungen zu "weiteren Basisdaten" wurden in mehreren Kontexten bei der VG und der KG I vorgenommen.

Darstellung Spezielle Daten zur Vor-, Aus- und Weiterbildung

o Die Frage: "Was für eine Tätigkeit haben Sie ausgeübt, bevor Sie den Arbeitsplatz in der Altenpflege angenommen haben" ergab bei der VG, daß die meisten zuvor als Krankenschwester in der Altenpflege tätig waren, einige hatten als Hausfrau und Mutter, in der Jugendarbeit oder in der Haus- und Landwirtschaft gearbeitet.

Die Teilnehmer in der KG I dagegen hatten deutlich seltener frühere Erfahrungen in der Krankenpflege. Ihre Tätigkeit hatte wie oben beschrieben vorwiegend darin bestanden, ebenfalls als Hausfrau und Mutter usw. zu arbeiten. Einige Teilnehmer hatten durch die Pflege von Verwandten zu dem Beruf gefunden, manche in der Fürsorge und Kindererziehung gearbeitet.

o Zu den Ausbildungsvoraussetzungen ist zu bemerken, daß 8 von 26 Pflegenden der VG und 7 von 17 Pflegenden der KG I über eine zweite Ausbildung verfügten, die mit der Kranken- oder Altenpflege in keinem unmittelbaren Zusammenhang steht (Wirtschafterin, Heimerzieher, Zollbeamter, Verkäuferin, Weber, Schneidermeisterin, Kaufmann u.a.m.).

o Die berufsrelevante Ausbildung zur Kranken- oder Altenpflege lag bei der VG im Durchschnitt knapp 15 Jahre zurück. ($\bar{x}$ = 14.7; s = 9.3; N=22), bei der KG I 14 Jahre ($\bar{x}$ = 13.9; s = 13.7; N=16).

o Allgemeine Weiterbildungserfahrungen in einem für Kranken- oder Altenpflege relevanten Themengebiet hatten 14 von 26 Pflegenden der VG und 7 von 17 Pflegenden der KG I (Dauer im Schnitt bei der VG: $\bar{x}$ = 12 Tage, bei der KG I: $\bar{x}$ = 24 Tage).

o Spezielle Aus- und Weiterbildungserfahrungen in psychologischen Fragen hatten 35 % der VG-Teilnehmer und 41 % der KG-Teilnehmer. Dabei ist auffallend, daß die ausgebildeten Krankenschwestern aus beiden Gruppen angaben, in ihrer Ausbildung im Schnitt nur sehr wenig "in psychologischen Fragen gelernt" zu haben (Einschätzung mit Hilfe einer 4stufigen Skala: nichts = 0, etwas = 1, viel = 2 und sehr viel = 3 / $\bar{x}$ = 0.59; s = 1.06; $N=17$). Staatlich geprüfte Altenpflegerinnen lernten vergleichsweise in ihrer Ausbildung mehr über Psychologie ($\bar{x}$ = 1.82; s = 0.98; $N=11$). Jedoch liegt auch dieses Ausmaß nur zwischen "etwas" und "viel gelernt".

Interpretation Diese Ergebnisse zeigen, daß es sich bei den Teilnehmern beider Gruppen um lebenserfahrene und langjährig im Beruf tätige Personen handelt. Fast alle Pflegenden sind Frauen. Hinsichtlich dieser Kriterien sind die Gruppen miteinander vergleichbar. Weniger vergleichbar sind sie durch die weitaus größere Praxiserfahrung der VG-Teilnehmer in der Krankenpflege und ihre Ausbildung, in der psychologische Fragestellungen weniger behandelt wurden als in der Altenpflegeausbildung.

6.4.4 Spezielle Daten zur Heim- und Arbeitssituation

Im folgenden werden wir einige Daten zur Größe der Altenpflegeeinrichtung, der Arbeitsplätze und der Pflegebedürftigkeit darstellen. Neben der Frage der Vergleichbarkeit werden wir die Bedeutung dieser Daten für klinisch-psychologische Hilfe herausstellen.

Die Frage ist zum einen, ob die Teilnehmer in unterschiedlich grossen Organisationen tätig sind. Das Arbeiten in einem kleinen Haus unterscheidet sich grundlegend von der Arbeit in einer größeren Einrichtung.

Tabelle II-5 zeigt im Überblick diese "Herkunft" der Pflegenden.

Darstellung

Tabelle II-5: Größe der Einrichtung, in der die Teilnehmer arbeiten
(26 Teilnehmer aus 15 Einrichtungen und 17 Teilnehmer aus 11 Einrichtungen)*

Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze		
	weniger als 50	50 - 100	Über 100
V G N = 15	8 (53 %)	4 (27 %)	3 (20 %)
KG I N = 11	6 (54 %)	4 (36 %)	1 (9 %)
Gesamt N = 26	14 (54 %)	8 (31 %)	4 (15 %)

Interpretation Die Prozentzahlen geben wieder, daß die beiden Gruppen sich in diesem Punkt nur unwesentlich voneinander unterscheiden. Aus der großen Anzahl kleinerer Altenpflegeeinrichtungen ist die Tendenz ablesbar, daß klinisch-psychologische Hilfe nur von außen herangezogen werden kann, z.B. durch konsiliarische Tätigkeit oder aber von "innen her" durch eine bessere Qualifikation des Personals gewährleistet werden muß.

o Die Tätigkeit eines Altenpflegers ist entscheidend dadurch geprägt, wie groß das von ihm zu bewältigende Maß an somatischer Pflege ist. Dieses Maß ergibt sich durch den Grad der Pflegebedürftigkeit, der im Zusammenhang mit dem Personalschlüssel im allgemeinen vom behandelnden Arzt festgestellt wird (vgl. dazu die "Anhaltszahlen für den Personalbedarf" von 1969 im Anhang 3.3.3).

Bezogen auf die hier beschriebenen 26 Altenpflegeeinrichtungen ist die Verteilung der 3 Pflegegruppen: nicht erhöht pflegebedürftig (N); erhöht pflegebedürftig (E) und schwer pflegebedürftig (S) wie in der Tabelle II-6 dargestellt**:

* Die Daten der KG II konnten aufgrund zu geringer Repräsentativität nicht einbezogen werden.

** Die Leitungen der Einrichtungen wurden gebeten, die Beurteilung nach Kriterien der zum Erhebungszeitpunkt schon in der Diskussion befindlichen neuen "Heim-Mindest-Personalverordnung" vorzunehmen. Die Kriterien heissen dort: "nicht pflegebedürftig, aber betreuungsbedürftig, pflegebedürftig, gesteigert pflege- und betreuungsbedürftig".

Darstellung

Tabelle II-6: Verteilung der Pflegebedürftigkeit in den Einrichtungen, in denen die Teilnehmer arbeiten

	N	E	S	Gesamt N der Plätze
VG	40 %	32 %	28 %	912
KG I	40 %	34 %	26 %	502
Gesamt	40 %	33 %	27 %	100 %
N =	556	467	391	1414

Interpretation Die beiden Fortbildungsgruppen sind vergleichbar. Nahezu 2 von 3 alten Menschen in Altenpflegeeinrichtungen sind pflegebedürftig.

o Mitentscheidend für die Tätigkeit, vor allem für die Teamarbeit ist die Größe des Tätigkeitsbereiches, in dem ein Teilnehmer arbeitet. Die folgende Aufstellung gibt einen Überblick über die durchschnittliche Größe der "Stationen".

Darstellung

Tabelle II-7: Durchschnittliche Größe der Tätigkeitsbereiche ("Stationen"), in denen die Teilnehmer arbeiten.
(Angabe gerundet in Plätzen; in Klammern = Streuung; W = Wohnbereich; P = Pflegebereich; W/P = Kombination aus Wohn- u. Pflegebereich)

		W	W/P	P	
VG	N	7	7	12	26
		18 (+6)	21 (+7)	21 (+6)	
KG I	N	3	6	7	16
		21 (+4)	16 (+2)	21 (+6)	
	N	10	13	19	42 ("Stationen")
Gesamt		20 (+5)	19 (+5)	21 (+6)	20 (+5)(Plätze)

Die Tabelle II-7 zeigt im Überblick, daß die Teilnehmer insgesamt entsprechend ihrer Ausbildung häufiger in Pflegestationen als in anderen Bereichen tätig sind. Auch wird deutlich, daß die Kombination zwischen Wohn- und Pflegebereich eine immer häufiger anzutreffende Form ist, das Leben in Altenpflegeeinrichtungen zu gestalten. Die auf 42 "Stationen" bezogene Auswertung ergibt eine durchschnittliche Anzahl von 20 Plätzen mit einer Standardabweichung von ± 5 Plätzen. Dabei sind die kombinierten Bereiche (W/P) bei der KG I kleiner:

Diese Zahlen geben einen Überblick über die Umbruchphase, in der sich die Altenpflege befindet. Längerfristiges Wohnen in einer Institution wird immer häufiger; die Qualifikation von Pflegenden erfordert insbesondere Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit somatischen Krankheiten und ihren allgemeinen und speziellen psychischen und sozialen Auswirkungen.

In der folgenden Tabelle wurden die Angaben zur Pflegebedürftigkeit in einzelnen Stationen spezifiziert. Hier ist die Verteilung der Pflegebedürftigkeitsgruppen pro "Station" dargestellt.

Darstellung

Tabelle II-8: Verteilung der Pflegebedürftigkeitsgruppen pro "Station" in Plätzen (Bewohner)

Die Tabelle zeigt das durchschnittliche Verhältnis von "schwer-pflegebedürftigen" zu "erhöht pflegebedürftigen" zu "nicht erhöht pflegebedürftigen" Bewohnern (in Klammern das Verhältnis von "pflegebedürftig" zu "nicht pflegebedürftig" in Prozent; N = Anzahl der "Stationen");

	W	W/P	P	
	N 5	6	9	20
VG	1 - 8 - 9 (50 : 50)	5 - 4 - 7 (56 : 44)	10 - 6 - 4 (80 : 20)	
	N 3	6	5	14
KG I	1 - 6 - 13 (35 : 65)	3 - 5 - 13 (38 : 62)	9 - 8 - 2 (89 : 11)	
	N 8	12	14	34
Gesamt	1 - 7 - 11 (42 : 58)	4 - 5 - 9 (50 : 50)	10 - 7 - 3 (85 : 15)	5 - 6 - 8

Interpretation Die Anforderungen durch die Pflegebedürftigkeit alter Menschen sind in den beiden Fortbildungsgruppen hinsichtlich der 3 Tätigkeitsbereiche vergleichbar. Es ist allerdings die Tendenz erkennbar, daß die Teilnehmer der VG vermehrt mit Aufgaben der somatischen Pflege konfrontiert sind.

Allgemeiner sind folgende Aspekte für die Aus- und Fortbildung von großer Bedeutung:

o Auch im Wohnbereich ist eine erhebliche Anzahl von Bewohnern als "schwer oder erhöht pflegebedürftig" eingestuft (42 %); im kombinierten Bereich liegt das Verhältnis bei 50 % zu 50 %; und andererseits wohnen in "reinen" Pflegestationen einige alte Menschen, die als "nicht erhöht pflegebedürftig" eingestuft wurden. Hier liegt das Verhältnis bezogen auf 14 Pflegestationen bei 85 % zu 15 %.

o Alle Pflegebedürftigkeitsgruppen sind also im Durchschnitt in allen Tätigkeitsbereichen vertreten. Dieses ist ein Ergebnis, welches die Unterteilung in Bereiche wie Wohnbereich, kombinierter Wohn-/Pflegebereich und Pflegebereich tendenziell in Frage stellt. Die architektonischen Grundvoraussetzungen der Altenpflegereinrichtungen würden verlangen, daß ein Wohnbereich zukünftig auch in einen kombinierten oder einen Pflegebereich umgestaltet werden könnte. Dieses ist erforderlich aufgrund der wachsenden Pflegebedürftigkeit. Ist eine architektonische Umgestaltung nicht möglich, sind Verlegungen erforderlich, die für alte Menschen mit großen Ängsten und anderen psychischen (und somatischen) Reaktionen verbunden sind - solche Verlegungen sind andererseits durch die Realitäten der hier vorgestellten Zahlenangaben nicht gerechtfertigt, denn in jedem Bereich sind alle Pflegebedürftigkeitsgruppen vertreten. Dieses bringt für die Atmosphäre in Altenpflegereinrichtungen erhebliche zusätzliche Schwierigkeiten. Es handelt sich um ein spezifisches Problem von Institutionen.

Für die qualifikatorischen Anforderungen an Pflegenden folgt aus diesen Zahlen, daß sie in allen Tätigkeitsbereichen in der Lage sein müssen, sowohl Aufgaben der Betreuung als auch der somatischen Pflege im engeren Sinne zu übernehmen. Als Ergebnis hieraus werden in der Praxis immer mehr "Springer" eingesetzt, d.h. Pflegenden mit guten Kenntnissen in somatischer Pflege arbeiten für jeweils kurze Zeit in verschiedenen Tätigkeitsbereichen. Die Rolle dieser "Springer" wird vermutlich

in Zukunft eine größere Rolle spielen. Für die psychologische Betreuung ist diese Rolle mit vielen Nachteilen für alte Menschen verbunden. Solche Nachteile beziehen sich vor allem auf die erschwerte kontinuierliche Teamarbeit, auf das Vertrauensverhältnis, die Verfügbarkeit und vor allem auf präventive Hilfe. Sie wird dadurch verunmöglicht, daß "Springer" keinen festen Arbeitsplatz mehr haben.

Für den interessierten Leser sind in Tabelle A 4, 1 des Anhanges S.157 die Standardabweichungen zu den oben angegebenen Daten hinzugefügt. Diese sind in der psychologischen Fortbildung wichtige Orientierungsdaten, um die Normgrenzen der Beanspruchung durch die spezielle Arbeitssituation eines Teilnehmers zu beurteilen. Aus diesen Daten geht schließlich hervor, daß die hier beschriebenen Teilgruppen von Pflegenden und Stationen die Altenpflugesituation als Ganze ziemlich genau repräsentieren. (Durch den Einschluß der Daten der KG II ergibt sich, bezogen auf fast 2000 Bewohner ein Verhältnis der 3 Pflegebedürftigkeitsgruppen von: N=42,8 % (hier: 41 %); E=29,6 % (hier: 33 %) und S=27,5 % (hier: 26 %).

6.4.5 Spezielle Daten zur Arbeitszeit und Zufriedenheit der Pflegenden

Darstellung Zum Schluß dieses Kapitels möchten wir weitere grundlegende Daten zur Arbeitssituation der Pflegenden vorstellen.

o Auffallend ist ein Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der regelmäßig geleisteten Überstunden. Die Teilnehmer der Versuchsgruppe (N=24) leisten im Schnitt pro Woche 11.25 Überstunden ($s = 5.38$). Der Wert der KG I (N=16) liegt bei 6.88 ($s = 6.58$). Hierin sind Bereitschaftsdienste (z.B. Schwester X geht auf Abruf in ihr Zimmer im selben Haus) nicht eingerechnet.

Bei 40 befragten Personen ergibt sich damit eine durchschnittliche Arbeitszeit von 49 Arbeitsstunden pro Woche, wobei zusätzliche 6 Arbeitsstunden noch im Rahmen des Normalen (der Standardabweichung) liegen.

o Alle Teilnehmer wurden gebeten, durch die folgende Frage ihre Bedürfnisse zu äußern: "Was finden Sie an Ihrer Arbeit unbefriedigend?" (vgl. Anhang 3.3.1).

Bei 9 Antwortmöglichkeiten gaben die Teilnehmer beider Gruppen vergleichbar viel an Unbefriedigendem an. Die Verteilung ist wie folgt:

Tabelle II-9: Unbefriedigendes im Arbeitsablauf

	VG (N=26)	KG I (N=17)	Norm (N=43)
o Nichts	8 %	24 %	16 %
o große Hast, zu wenig Zeit für Bewohner	73 %	59 %	66 %
o Freizeit zu knapp oder zu unregelmäßig	38 %	12 %	25 %
o Haus ist unzureichend ausgestattet	27 %	35 %	31 %
o Sorgen mit dem Personal/Mitarbeiter	50 %	24 %	37 %
o Schwierigkeiten mit der Heimleitung	15 %	-	8 %
o zu wenig Gehalt	-	12 %	6 %
o zu wenig Personal	27 %	47 %	37 %
o Sonstiges	0 %	0 %	0 %
Summe der Prozentwerte	238	213	226

Interpretation Vor allem Krankenschwestern auf Pflegestationen, besonders bei der VG, empfinden, daß sie nicht nur zu wenig Zeit für Bewohner, sondern auch für sich selbst haben.

Insgesamt sind aus der Sicht der 43 Pflegenden die alltägliche Hast und damit zusammenhängend die mangelnde Zeit für die Betreuung von Bewohnern, Sorgen mit Mitarbeitern, Ausstattungsprobleme und der Personalmangel am meisten unbefriedigend. Es sind dieses die "normalen" Probleme von Pflegenden, deren Existenz mit zunehmender Berufserfahrung als unveränderbar internalisiert werden.

7 ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Methodenteil wurden zunächst wesentliche forschungsstrategische Gesichtspunkte beschrieben, so der organisatorische Ablauf der

Vor- und Hauptuntersuchung und Kriterien für die Bildung von Kontrollgruppen. Danach erfolgte eine Darlegung des Forschungsverständnisses. Die Auswahl von Kriterien zur Effizienzprüfung und Aspekte, die mit der Bildung von Kontrollgruppen einhergehen, wurden eingehend diskutiert.

Nach einem Überblick über die Fragestellungen, die in diesem Bericht angegangen wurden (Kapitel II, 4), erfolgte die Beschreibung der wesentlichen verwendeten Methoden. Ausgewählte Aspekte der Konstruktion und Durchführung wurden hier eingehend dargestellt.

Das 5. Kapitel des Methodenteils enthält Ergebnisse über die Kontrolle der Variable "Soziale Erwünschtheit/Selbstüberschätzung" und Konsequenzen für die weitere Datenverarbeitung. Die Ergebnisse zeigen, daß eine Verfälschung der Werte durch "Soziale Erwünschtheit und Selbstüberschätzung" weitgehend ausgeschlossen werden kann.

Erste Vergleiche der 3 Untersuchungsgruppen hinsichtlich wesentlicher Basisdaten ergaben ein überraschend hohes Ausmaß an Vergleichbarkeit hinsichtlich der Variablen Schulbildung, Geschlecht, Dauer der Tätigkeit in der Altenpflege, Tätigkeitsbereich, Position, allgemeine Berufserfahrung vor Beginn der Tätigkeit in der Altenpflege, Abschlußjahr der berufsrelevanten Ausbildung, allgemeine und spezielle Weiterbildungserfahrungen, Größe der Einrichtung, in der die Teilnehmer arbeiten, Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in der Einrichtung und schließlich der Variable Arbeitszufriedenheit.

Geringfügige Unterschiede zwischen den Gruppen sind folgendermaßen zusammenzufassen:

- o Das Qualifikationsniveau durch Ausbildung ist bei der Versuchsgruppe geringfügig höher. Dieses gleicht sich im Schnitt der Gruppe betrachtet durch geringfügig höhere Positionen bei der Kontrollgruppe I aus.
- o Die Ursache für diese Unterschiede liegen in folgendem:
Die Versuchsgruppenteilnehmer sind häufiger in der Krankenpflege ausgebildet worden und haben entsprechend niedrigere Positionen in ihrem Arbeitsbereich der Pflegestationen, die über einen höheren Personalschlüssel verfügen. Sie sind in ihrer Ausbildung geringfügig weniger mit psychologischen Fragen konfrontiert

worden, haben aber im Pflegebereich eine größere und längere Berufserfahrung als die Teilnehmer der Kontrollgruppe I.

Als Konsequenz aus dieser geringfügig unterschiedlichen Gruppenzusammenstellung sind die Versuchsgruppenteilnehmer häufiger mit somatischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit konfrontiert. Es mag auch mit diesen Variablen zusammenhängen, daß die Versuchsgruppenteilnehmer verhältnismäßig mehr an regelmäßigen Überstunden leisten.

Die Ergebnisse der Normstichprobe geben einen Überblick über wesentliche Hintergrunddaten der aktuellen beruflichen Situation von Pflegenden in der "stationären" Altenarbeit. Aus den vorgestellten Daten sind auch gegenwärtige Tendenzen zur Veränderung der Altenpflegesituation ablesbar. Beispiele sind: das Anwachsen der Zahl kleinerer Altenpflegeeinrichtungen oder das Anwachsen der Pflegebedürftigkeit von Bewohnern auch in Wohnbereichen.

1140 von nahezu 2000 Bewohnern (57 %) waren bei dieser in vieler Hinsicht repräsentativen Erhebung als somatisch pflegebedürftig eingestuft. Die vorgestellten Daten zeigen weiter das Ausmaß an Belastungen für Pflegenden durch zu geringen Personaleinsatz oder mangelnde Ausstattung. Ansatzweise haben wir die Bedeutsamkeit dieser Ergebnisse für klinisch-psychologische Fortbildung und Hilfe herausgestellt.

Als wichtigste **Konsequenz** für das weitere Vorgehen ergibt sich folgendes: Bei der personenorientierten Auswertung (Ergebnisteil 4) ist die geringere Repräsentativität der Daten zu "Veränderungen spezieller Probleme" zu berücksichtigen. Bei der Dateninterpretation zu diesen 76 Fragen ist allgemeiner in Rechnung zu stellen, daß sich die 3 Untersuchungsgruppen hinsichtlich einzelner überprüfter Basisvariablen geringfügig unterscheiden.

TEIL III: PRAXIS

0. ÜBERBLICK

Der Praxisteil dieses Berichtes umfaßt 4 Bereiche:

1. die ausführliche Darstellung des mit Pflegenden in der Vor- und Hauptuntersuchung gemeinsam erarbeiteten Fortbildungskonzeptes
2. die Beschreibung des tatsächlichen thematischen Verlaufes der 120stündigen klinisch-psychologischen Fortbildung
3. die Charakterisierung wesentlicher Bedingungen, die den Transfer von Erkenntnissen hemmen oder fördern
und
5. empirische Ergebnisse über häufig anzutreffende Kommunikationssituationen zwischen Pflegenden und alten Menschen, deren Kenntnis für die weitere Zusammenarbeit zwischen Altenpflege und Klinischer Psychologie von großem Interesse ist.

Während die beiden ersten Teile Einblick in die Praxis der Fortbildung geben, wie wir sie uns modellhaft vorstellen, betreffen die beiden anderen Teile mehr die Praxis psychologischer Hilfe durch Pflegende. Die folgenden Erfahrungen und Ergebnisse mögen zeigen, wie eng wir uns die Verknüpfung dieser beiden Bereiche miteinander vorstellen.

Das nachfolgend dargestellte Konzept stellt das Ergebnis intensiver Zusammenarbeit mit Pflegenden verschiedener Seminare dar. In der Aus- und Fortbildung von Altenpflegern, Gemeindeschwestern und Krankenschwestern konnten viele wesentliche Aspekte zusammengetragen werden. Es gehen hierin auch Erfahrungen ein, die ich durch meine Praxis als klinischer Psychologe in einer psychosomatischen Abteilung und Intensivstation sowie in Altenpflegeeinrichtungen gewonnen habe. Schließlich hat die Kooperation mit verschiedenen, in der Altenpflege tätigen Fachvertretern steuernd auf die Konzeptualisierung eingewirkt.

ZUR ORIENTIERUNG

In den kommenden Abschnitten wird zunächst ein Überblick über wichtige Bestandteile eines entwickelten Handlungskonzeptes der "gezielten psychologischen Betreuung" gegeben. Durch dieses Konzept werden psychosoziale Aufgaben von Pflegenden skizziert. Im Rahmen einer Fortbildung können neben diesen Grundlagen auch Spezifizierungen kontinuierlich vermittelt werden.

Nach einer Aufschlüsselung wesentlicher Kompetenzbereiche zur Verwirklichung dieses Konzeptes in der Praxis der Pflegenden (Lernziele), wird ein Vermittlungsmodell dargestellt. Hier werden die pädagogisch-therapeutischen Ziele charakterisiert.

Diese 3 Teilbereiche - das Handlungskonzept für Pflegende, die Aufschlüsselung wesentlicher Kompetenzbereiche und das Vermittlungsmodell - sind geprägt durch die theoretischen und praktischen Sichtweisen kooperativer Psychotherapie (MAIWALD & FIEDLER, 1981; FIEDLER, 1981).

Die Methode der Fortbildung stellt eine Synthese aus gruppenpsychotherapeutischen und erwachsenbildnerischen Elementen dar. Sie ist insofern spezifisch, als sie in besonderer Weise dem Vermittlungsinhalt angepaßt ist, d.h. hier, den Kompetenzanforderungen von Pflegenden in der psychosozialen Arbeit mit alten Menschen in Institutionen der Altenpflege. Die vorgestellte Vermittlungsmethode enthält aber auch allgemeinere Aspekte, die in Teilen auf die Fortbildung anderer Pflegender, die ältere Menschen betreuen, übertragbar erscheint. Beispiele für die berufliche Fortbildung

betreffen Gemeindeschwestern, Krankenschwestern/-pfleger in Kliniken bzw. Krankenhäusern oder geriatrischen Fachabteilungen. Einzelne Elemente sind schließlich für die Ausbildung und Supervision ehrenamtlicher Helfer oder pflegender Angehöriger verwendbar.

1.1 DAS KONZEPT DER "GEZIELTEN PSYCHOLOGISCHEN BETREUUNG" - EIN STRATEGIEMODELL PSYCHOSOZIALER HILFE DURCH PFLEGENDE IN DER "STATIONÄREN" ALTENARBEIT

Gezielte psychologische Tätigkeit durch Pflegende ist ein komplexer Prozeß kognitiver, emotionaler und verhaltensmäßiger Anteile in der Kommunikation mit Bewohnern, deren Bezugspersonen und Mitarbeitern. Diesen Prozeß beschreiben wir durch folgende Bestandteile:

1. Gezielte psychologische Betreuung als komplexe Handlungsstrategie
2. Stadien gezielter psychologischer Betreuung
3. Wesentliche Ziele psychologischer Betreuung
4. Ansatzpunkte für umfassendere psychosoziale Hilfe

1.1.1 Gezielte psychologische Betreuung als komplexe Handlungsstrategie

Gezielte psychologische Betreuung auf der Basis kooperativer Einflußnahme unterscheidet sich von besorgter alltagspsychologischer Hilfe durch 6 mehr oder minder bewußte Tätigkeiten:

1. Der Helfer nimmt bewußt Defizite oder ein "Zu viel" im Verhalten und Erleben eines Betroffenen wahr und qualifiziert diese Wahrnehmung zusammen mit ihm als "Problem" im Vergleich zum "Normalen".
2. beide leiten daraus Veränderungsziele ab
3. der Helfer entscheidet über den Einsatz bestimmter Mittel seines Verhaltens, um direkt oder indirekt eine Veränderung des psychischen Zustandes des Betroffenen zu erreichen und
4. er überprüft nach der Ausführung bewußt helfender Handlungen, ob seine Hilfe einen erfolgreichen Effekt im Sinne der gemeinsam erarbeiteten Veränderungsziele hatte.

5. Nimmt der Helfende Fehler in einer dieser 4 Tätigkeiten wahr, korrigiert er seine Strategie, um sich auf diese Weise (flexibel) der neuen Situation anzupassen.
6. Gegebenenfalls sprechen beide Interaktionspartner über Korrekturmöglichkeiten im Prozeß der Hilfe.

1.1.2 Stadien gezielter psychologischer Betreuung

Neben dieser idealtypischen Charakterisierung der Handlungsstrategie unterscheidet sich gezielte psychologische Betreuung von alltäglichem Hilfeverständnis durch folgende Betreuungsstadien:

1. Werden psychische Probleme schon in der Entwicklung erkannt, kann die Hilfe frühzeitig einsetzen. Vorrangiges Handlungsziel durch die Pflegenden sollte die vorbeugende Hilfe sein, um das Auftreten psychischer Probleme oder Verschlechterungen des psychischen Zustandes zu verhindern (PRÄVENTIVE HILFE).
2. Die Hilfe sollte verstärkt werden bei außergewöhnlichem psychischem Leidensdruck und sozialen Störungen (AKUTE HILFE ODER KRISENINTERVENTION).
3. Der verstärkte Hilfeprozeß sollte abgeschlossen werden durch geeignete Nachsorgemaßnahmen (NACHSORGE).

Besondere Tätigkeitsmerkmale innerhalb dieser Betreuungsstadien sind folgende:

1. Der Helfer sollte immer wieder von sich aus auf den alten Menschen mit einem direkten oder indirekten Hilfsangebot zugehen, statt abzuwarten, bis sich gravierende Probleme entwickeln. Dieses ist besonders im Bereich der Vorsorge wichtig (ZUGEHENDE HILFE).
2. Im Rahmen bewußt helfender aber auch alltäglicher Kommunikation sollten die Pflegenden um den Aufbau und die Aufrechterhaltung eines Vertrauensverhältnisses bemüht sein. Dieses Bemühen ist besonders wertvoll, wenn es von echtem Interesse an der Person des alten Menschen getragen ist (VERTRAUENSVERHÄLTNIS).
3. Die Helfer sollten, wenn eben möglich, als Ansprechpartner verfügbar sein. Für Hilfen in Krisensituationen ist die ständige Kontaktmöglichkeit grundlegend (VERFÜGBARKEIT).

4. Pflegende sollten schließlich in der Lage sein, die eigenen Hilfsmaßnahmen in die Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften einzugliedern (TEAMARBEIT).

1.1.3 Ansatzpunkte für umfassende psychosoziale Hilfe

Der Aufwand an psychosozialer Hilfe entscheidet sich zunächst nach dem Schweregrad und der Chronizität psychologischer und sozialer Probleme. Umfassend und systematisch ist psychologische Hilfe durch die Konzentration der Bemühungen auf direkte und indirekte Hilfen.

Direkte Hilfen sind darauf gerichtet, einen Einzelnen oder eine Gruppe von Bewohnern zu unterstützen, psychologische Probleme in ihrer besonderen Lebenssituation besser zu bewältigen.

Indirekte Hilfe besteht in der Beeinflussung von Umweltbedingungen. Die Schaffung oder Erhaltung von grundlegenden sozialen Bedingungen, die das psychische Wohlbefinden des Einzelnen positiv mitbestimmen, sind vielfältig.

Zum Beispiel kann indirekte Hilfe ansetzen durch folgende Veränderungen:

- indem der alltägliche "normale" Umgang der Pflegenden mit Bewohnern verbessert wird,
- der Kontakt der Bewohner untereinander verbessert wird,
- die 'Außenkontakte', insbesondere diejenigen zu Angehörigen, verbessert werden,
- der Umgang der Pflegenden untereinander konfliktfreier bzw. konfliktangemessener gestaltet wird,
- indem auf die äußere Gestaltung des Hauses Einfluß genommen wird oder
- Veränderungen im Wohnzimmer des Bewohners möglich gemacht werden, wenn diese sein psychisches Wohlbefinden entscheidend positiv beeinflussen würden.

1.1.4 Wesentliche Ziele des psychologischen Handelns durch die Pflegenden

Ausgehend von dem Bestreben, einzelnen Bewohnern größtmögliches physisches und psychisches Wohlbefinden zu ermöglichen (vgl. auch LEHR, 1979), sollten die folgenden 3 Ziele im Vordergrund der Betreuung durch die Pflegenden stehen:

1. Die Pflegenden sollten trotz ihrer beruflichen Rolle eine Atmosphäre des "Zu Hause" schaffen und aufrechterhalten. Der Aspekt des Wohnens sollte sowohl im Wohn- als auch im Pflegebereich das Handeln wesentlich bestimmen.
2. Die Pflegenden sollten psychologische und soziale Hilfestellungen zur Selbsthilfe geben und dabei innerpsychische Voraussetzungen des Bewohners (Gefühle, überdauernde Einstellungen, momentane Gedanken) und kommunikative Aspekte besonders berücksichtigen.
3. Die Pflegenden sollten Aktivierungsmöglichkeiten anbieten, die sich nicht nur auf den körperlich-biologischen Zustand, sondern ebenso auf den psychischen und sozialen Bereich beziehen.

Im alltäglichen Umgang mit Bewohnern können diese 3 Ziele in Konflikt miteinander geraten. Psychologische Hilfe sollte deshalb zunächst immer Einzelfallhilfe sein: Eine grundlegende psychosoziale Aufgabe der Pflegenden besteht darin, die konkreten Voraussetzungen der Situation eines Bewohners immer wieder individuell (personenzentriert) einzuschätzen, statt sich von verallgemeinerten (Vor-)Urteilen leiten zu lassen. Dabei muß der Pflegende in der Lage sein, die Eigeninitiative des Bewohners zur Verbesserung seiner Situation angemessen zu beurteilen und sie zu respektieren. Dasselbe trifft für die Selbstbehandlungskompetenz des Bewohners bei der Bewältigung psychischer Probleme zu. Eine "Be"treuung verliert dort ihre Berechtigung, wo diese Voraussetzungen ungeklärt blieben.

Zur Verwirklichung dieser Handlungskonzeption sind eine Vielzahl von Kompetenzen seitens der Pflegenden erforderlich, die im folgenden beschrieben werden. Aus diesen Kompetenzen lassen sich auch die thematischen Bereiche des Fortbildungskonzeptes ableiten. Solche Inhalte werden systematischer in Kapitel III, 2 zusammengestellt.

1.2 PSYCHOLOGISCHE KOMPETENZEN ZUR UMSETZUNG SYSTEMATISCHER PSYCHOSOZIALER HILFE

Bei dem hier vorgestellten Fortbildungskonzept unterscheiden wir vorläufig 6 Kompetenzbereiche:

1. Allgemeine pflegerische Kompetenzen
2. Prozesse des Beobachtens und Urteilens
3. Kontakt und Gesprächsführung
4. Teamarbeit
5. Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle
6. Seminarbezogene Lernziele

Im Prozeß der Fortbildung wird eine pädagogisch-therapeutische Förderung in diesen Bereichen angestrebt. Die Erreichung solcher allgemeinen Lernziele hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Es kann und sollte nicht von einem Teilnehmer oder einer Seminargruppe erwartet werden, diese Ziele alle zu erreichen, denn es handelt sich um Idealziele.

1.2.1 Allgemeine pflegerische Kompetenzen

Pflegende in der Altenarbeit sollten in der Lage sein, ihr berufliches Alltagshandeln zu reflektieren, insbesondere die institutionellen und persönlichen Voraussetzungen der pflegenden und sozial-helfenden Tätigkeiten. Im Seminar können sie wichtige Faktoren der gesellschaftlichen Situation alter Menschen, der Altenpflegeeinrichtungen und des Altenpflegeberufes neu überdenken. Manchmal wird es möglich sein, das Empfinden einer mitmenschlichen Solidarität für die Lage des alten Menschen in Altenpflegeeinrichtungen zu wecken.

Pflegende können darin gefördert werden, bestehende Wissensgebiete und Erklärungsmodelle der Medizin, Theologie, Sozialpflege sowie der Alltagspsychologie um fachspezifische Kenntnisse und Fertigkeiten der Klinischen Psychologie zu erweitern und zu vertiefen.

Wenn sie mit psychologischen Denk- und Vorgehensweisen vertraut gemacht werden, sollte auch die Fähigkeit zur Integration des Erlernten

in die alltägliche Planung und Praxis des Arbeitsablaufes gefördert werden.

Sie sollten Einsicht in die Notwendigkeit gezielter psychologischer Einflußnahme gewinnen, zumal sie die ständige, und oft die einzige Bezugsperson sind. Der günstigste Fall ist erreicht, wenn sie die Fähigkeit erwerben, gezielte psychologische Betreuung strategisch angemessen durchzuführen und zu kontrollieren. Dabei müssen sie in der Lage sein zu beurteilen, inwieweit die eigenen Arbeitsbedingungen fördernden oder hemmenden Einfluß auf das psychische Wohlbefinden der Bewohner und Mitarbeiter haben. Auch gehört hierzu die Einsicht, daß Schwierigkeiten und Probleme Teil "des Lebens" sind, jedoch in vielen Fällen prinzipiell lösbar.

Die Fähigkeit, sich selbständig um die eigene Fort- und Weiterbildung zu bemühen, ist ein weiteres allgemeines Anliegen der Kompetenzförderung. Pflegende sollten auch über die Fähigkeit verfügen, Verantwortung für das eigene psychische Wohlbefinden zu übernehmen. Dieses ist z.B. möglich durch regelmäßiges "Abschalten", beruflichen Erfahrungsaustausch oder Sprechen über wesentliche Gefühle während der Arbeit. Die oft deprimierende Praxis wird für Pflegende erleichtert, wenn sie über die Fähigkeit verfügen, den Altenpflegeberuf positiv zu betrachten. Eine solche Fähigkeit sollte sich in positiven und zugleich selbstkritischen Verhaltensregeln, Selbstverbalisierungen und Einstellungen niederschlagen.

1.2.2 Beobachten und Urteilen

Dieser Kompetenzbereich kann gefördert werden durch den Einblick in die Mechanismen diagnostischer und betreuerischer Urteilsprozesse. Die Kenntnis und Anwendung der Verfahren zur systematischen Verhaltensbeobachtung sind dabei ebenso wichtig, wie diejenigen zur "verhaltensorientierten Einschätzung von Gefühlen". Diese Verfahren ermöglichen Pflegenden, von sich aus sensibler für das Selbstgefühl von Bewohnern zu werden. Im Seminar sollten sie Einblick in verschiedene Komponenten des Zustandekommens dieses Selbstbildes gewinnen. Auch sollten sie hier und im beruflichen Alltag bewußt Positives im Verhalten und Erleben eines Bewohners erkunden.

Wichtigster Teilbereich der Fähigkeiten zur Beobachtung und Beurteilung ist das Verstehen der "Notsignale" des alten Menschen. Insbesondere sollten Pflegende frühzeitig psychologische und soziale Konflikte erkennen können. Es ist vorteilhaft, wenn sie die wichtigsten Möglichkeiten und Grenzen gezielter psychologischer Hilfe und Behandlung beurteilen können. Dazu ist die Heraushebung problematischen Verhaltens und Erlebens als "betreuungsbedürftig" erforderlich. Diese Fähigkeit muß einhergehen mit derjenigen, Entwicklungen im Verhalten und Erleben von Bewohnern wahrzunehmen. Auch müssen Pflegende zwischen schwerwiegenden und geringfügigeren psychischen Problemen unterscheiden können.

Für diesen Teilbereich der Kompetenzförderung ist es allgemeiner erforderlich, daß sie in der Lage sind, die Möglichkeiten und die Begrenztheit des eigenen Helfens zu beurteilen. Dieses ist besonders wichtig bei Problemen wie der Begleitung Sterbender, der Hilfe für Angehörige von Sterbenden, bei chronischen Krankheiten und schweren Leiden von Bewohnern. Andererseits sollte die Erkenntnis über die Begrenztheit eigenen Helfens dazu führen, andere Berufsgruppen um Unterstützung zu ersuchen.

Wenn Pflegende über die Fähigkeit verfügen, wichtige psychische Probleme und Gefühle in Begriffen zu erfassen und sie sie u.U. im Pflegebericht beschreiben können, ist eine bessere Voraussetzung für interdisziplinäre Zusammenarbeit gegeben.

1.2.3 Kontaktverhalten und Gesprächsführung

Richtziel in diesem Kompetenzbereich ist die Einsicht der Pflegenden in den Ablauf gezielter psychologischer Betreuung als komplexe Handlungsstrategie. Auch die Ausübung systematischer vorbeugender, akuter oder nachsorgender Hilfe in einzelnen Betreuungssituationen gehört hierzu.

Pflegende benötigen zur Annäherung an dieses Richtziel Kenntnisse über wichtige Prozesse der Kommunikation, insbesondere der sprachlichen Kommunikation mit Bewohnern, mit denen der Umgang als "normal" und als "schwierig" empfunden wird.

Die Fähigkeit zur "zugehenden Hilfe", d.h. zu erneuten Hilfsangeboten

und wiederholten Hilfeversuchen, ohne "sich aufzudrängen", setzt eine positive Grundeinstellung zum Hilfsprozeß voraus. Diese ist besonders zu vermitteln, wenn der Umgang mit psychisch leidenden oder als "schwierig" empfundenen alten Menschen Gegenstand des Seminargesprächs ist.

Die Selbsthilfeinitiative dieser Bewohner sollten Pflegende fördern, indem sie im Gespräch Beziehungsaspekte berücksichtigen, die für "Kooperative Psychotherapie" spezifisch sind (MAIWALD, 1978; MAIWALD & FIEDLER, 1981). Beispielsweise ist es danach bei der Hilfe zur Selbsthilfe erforderlich, daß der Helfer die Kommunikationsregeln erkennt, denen der Betroffene folgt. Oder es ist im Rahmen von Alltagsinteraktionen sinnvoll, aktiv Regeln zu konstituieren, die sich auf weitere gemeinsame Problemlösungen beziehen. Pflegende sollten dazu z.B. non-verbale Mitteilungen auf ihre kommunikative Funktion hin einschätzen können oder in der Lage sein, konkretisierend Konsens über weiter zu verfolgende Einzelziele herzustellen. Auch die Einbeziehung anderer Bezugspersonen in den Hilfsprozeß (Mitbewohner, Verwandte, Pflegende) erfordert diese Fähigkeiten zu einer speziellen Kooperation. Weiter sollten die Helfer grundlegende Beziehungsaspekte im Gespräch kennen und berücksichtigen (z.B. spezielle Aspekte der Macht, des Vertrauens, Auswirkungen des Altersunterschiedes usw.).

Neben diesen Kenntnissen und Fertigkeiten ist es schließlich hilfreich, wenn Pflegende die "Macht kooperativer Sprachformen" ausschöpfen, d.h., ihr eigenes Tun transparent machen, Widerspruch gegenüber eigenen Betreuungszielen ermöglichen oder schrittweise verbindliche Handlungszuweisungen vornehmen. Bei ihrer Hilfe sollten Pflegende auch verschiedene Betreuungssituationen mit ihren Charakteristika unterscheiden können (z.B. Heimaufnahme, Wohnen im Wohnbereich, Wohnen im Pflegebereich, Begleitung körperlich und seelisch Kranker, Hilfe bei psychischen und somatischen Reaktionen auf belastende Konfliktsituationen, Begleitung Sterbender).

Allgemeiner sollten sie diejenige Form helfender Gesprächsführung kennen und anwenden können, die in verschiedenen Situationen am ehesten angezeigt ist. Als Grundlage hierfür sollten sie Kenntnisse über das "Einfühlende Verstehen" haben und das "Ansprechen von Gefühlen" ansatzweise verwirklichen können. Damit einher geht das Bemühen um die Verwirklichung der Haltungen "Echtheit", "Akzeptieren" und "emotionale Wärme".

1.2.4 Teamarbeit

In diesen Kompetenzbereich fällt die Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern des Hauses, insbesondere die Leitung und Vertretern anderer Fachgruppen (Arzt, Sozialarbeiter, Verwaltungsleitung, Beschäftigungstherapie, Krankengymnastik, Gemeindeschwester, Psychologe), sowie Ausstehenden, vor allem ehrenamtlichen Helfern.

Die Zusammenarbeit erfordert, besonders von Stationsleitungen, befriedigende Kontakte zu diesen Personengruppen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Die Fähigkeit, Absprachen mit Anderen hinsichtlich einzelner Betreuungsmaßnahmen zu treffen, die Fähigkeit, einen Beitrag zur Koordination der Hilfsmaßnahmen zu leisten und die Fähigkeit, sein eigenes Tun transparent zu machen, gehören hierzu. Auch werden von Pflegenden organisatorische Kenntnisse und Fertigkeiten verlangt, wie diejenigen zur Delegation von Verantwortung, zur adäquaten Einführung von Verhaltensregeln, die den beruflichen Alltag strukturieren, zur Organisation und Durchführung von Mitarbeiterbesprechungen, oder zur Anleitung von anderen Mitarbeitern in psychologischen Fragen (z.B. Pflegehilfskräfte oder Praktikanten).

Diese Fähigkeiten setzen voraus, daß Pflegende sich durch die adäquate Beschreibung der Problemlage für die Bewohner einsetzen können. Oft ist es auch erforderlich, psychologische Hilfen für Bewohner gegenüber den eigenen Mitarbeitern oder anderen Bewohnern zu verteidigen, zu rechtfertigen oder allgemeiner sie verständlich zu machen. Wenn Pflegende versuchen, das Engagement anderer Mitarbeiter für einzelne Bewohner zu fördern, sollte ihr Handeln getragen sein von dem Bemühen um eine Verbesserung der Arbeitsatmosphäre. Die Fähigkeit zu konstruktiver Konfliktlösung kann besser erlernt werden, wenn Pflegende in der Lage sind, mit vertrauten Mitarbeitern über diejenigen Gefühle zu sprechen, die das berufliche Handeln wesentlich mitbestimmen. Schließlich ist es ein Teil der Teamarbeit, daß sie mit ausgewählten Mitarbeitern in einen Erfahrungsaustausch über Problemlösungen im Einzelfall treten können.

1.2.5 Selbstkontrolle und Selbstbeobachtung

Fähigkeiten der Selbstkontrolle und Selbstbeobachtung gehen in alle

bislang genannten Lernziele ein. Dieser Kompetenzbereich wird hier deshalb gesondert behandelt, weil ihm in diesem Fortbildungskonzept besonders Gewicht verliehen wird.

Pflegende, die in Altenpflegeinstitutionen arbeiten, sollten sensibel dafür sein, daß sie durch ihr eigenes Verhalten bei der Interaktion direkt in psychische Probleme von Bewohnern involviert sind. Sie sollten dabei zwischen berufsspezifischeren und persönlichkeitspezifischeren Anteilen des Alltagshandelns unterscheiden können. Auf der einen Seite ist es notwendig, daß sie ein Bewußtsein für ihre Stellung als Funktionsträger und damit Repräsentant von Altenpflegeeinrichtungen entwickeln. Auf der anderen Seite sollten sie bewußt wahrnehmen, daß sich eigene Einstellungen und Urteile im Verhalten ausdrücken. Dieses ist besonders wichtig für intensivere psychologische Hilfe.

Ausgesprochenes Fehlverhalten sollten die Pflegenden bei sich und Anderen erkennen können. Beispielsweise sollten sie direktive Verhaltensweisen wie Anordnungen, oder Einstellungen wie: "... den muß man ständig ..." kritisch hinterfragen und für die Auswirkungen auf das Verhalten alter Menschen sensibilisiert werden. Insbesondere müssen sie wahrnehmen, daß sie durch solche Verhaltensweisen die ohnehin eingeschränkte Möglichkeit zur Selbstverwirklichung der Bewohner gänzlich unmöglich machen. Allgemeiner können Pflegende durch psychologische Fortbildung diejenigen Einstellungen und Gefühle erkennen, durch die ihr Verhalten zu Bewohnern wesentlich bestimmt sind. Hierzu gehört besonders das kritische Hinterfragen eigener verallgemeinerter Einstellungen in ihrer Wirkung für Sympathie und Antipathiegefühle.

Wenn sich Altenpfleger ihrer eigenen Einstellungen zum Alter und zur Endlichkeit des Daseins bewußt werden, ist es möglich, offener über die Konsequenz zu sprechen, die sie für ihr Leben daraus gezogen haben. Dabei wird die besondere Rolle, die sie als Freund alter Menschen, als Sohn oder Tochter bzw. Enkel eingenommen haben, geklärt werden müssen. Dieser Erkenntnisprozeß kann dazu führen, daß die Wirkungen des eigenen Verhaltens bei psychologischer Hilfe realistischer eingeschätzt werden.

Hinsichtlich des Alltagshandelns sollten Pflegende über wichtige fördernde und hemmende verhaltenssteuernde Kognitionen Kenntnisse erwerben. Insbesondere Streßsituationen sollen sie so besser bewältigen lernen.

Schließlich kann im Seminar die Fähigkeit gefördert werden, Kritik von Bewohnern und Mitarbeitern sachlich angemessen aufzunehmen und gegebenenfalls anzunehmen.

1.2.6 Seminarbezogene Lernziele

Neben diesen Lernzielen, die das berufliche Handeln betreffen, wurden einige Lernziele formuliert, die sich auf die Lernsituation selbst beziehen. Auch diese Lernziele gehen in die bislang Genannten ein, zumal berufliches Handeln in der Seminarsituation erprobt werden soll.

Das Verständnis für die psychologische Situation von Bewohnern müssen Teilnehmer im Seminar ausdrücken können. Ebenso schwierig wie dieses ist es für manche, persönliche berufsbezogene Gefühle und Gedanken zu äußern. Teilnehmer müssen vor allem zu Beginn erst lernen, ihre Kollegen auf dieser Ebene anzusprechen. Dabei ist es auch wichtig, Lernhemmungen und Ängste anderer Teilnehmer wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren (z.B. dadurch, daß sie solche Gefühle ernst nehmen oder die Kollegen verständnisvoll ermutigen).

Allgemeiner wird von Teilnehmern gefordert, innerhalb und außerhalb der Lernsituation seine Meinung zu äußern, sie zu vertreten und aktiv Kontakte zu Kollegen herzustellen und aufrechtzuerhalten. Besonders fördernd für das hier beschriebene Fortbildungskonzept ist es, wenn Teilnehmer in der Lage sind, Schwierigkeiten einzubringen, die sie bei der Umsetzung des Erlernten in ihrer Praxis erlebt haben. Wenn sie über Handlungsversuche berichten oder Rückfragen an diese Gruppe richten, wird der Transfer des Erlernten erheblich erleichtert.

Diese Kompetenzen können als Grundlage für gute Lernbedingungen angesehen werden.

Wir unterscheiden 3 wesentliche Faktoren, die die Erreichung aller hier genannten Lernziele begünstigen:

- a) gute Lernvoraussetzungen seitens der Teilnehmer
- b) günstige Fortbildungsbedingungen und
- c) fördernde Transferbedingungen

Diese 3 Faktoren sind nicht nur für die Planung der Fortbildung von besonderer Bedeutung. Sie bestimmen die individuellen Lernmöglichkei-

ten und -grenzen der Teilnehmer. Durch besondere pädagogisch-therapeutische Hilfestellungen können die Teilnehmer lernen, den individuellen Handlungsspielraum in der Fortbildungssituation und in ihrer Praxis auszuschöpfen und zu vergrößern. Solchen Hilfestellungen und verschiedenen Aspekten der Herstellung günstiger Fortbildungsbedingungen möchte ich mich im folgenden Kapitel zuwenden.

1.3 DAS VERMITTLUNGSMODELL: EINE KOMBINATION AUS ERWACHSENEN-BILDNERISCHEN UND (GRUPPEN-)PSYCHOTHERAPEUTISCHEN METHODEN

In den folgenden Abschnitten beschreiben wir zunächst, in welchem Rahmen die o.g. Lernziele prinzipiell erreicht werden könnten. Daran schließt sich die Erläuterung wesentlicher pädagogisch-therapeutischer Handlungsorientierungen an. Diese sollte der Gruppenleiter für die Teilnehmer im Laufe der Fortbildung transparent machen, um so zu gemeinsamen Handlungszielen zu gelangen. Abschließend werden vier Zielbereiche pädagogisch-therapeutischen Handelns spezifischer dargestellt.

1.3.1 Rahmenbedingungen der Fortbildungssituation

Systematischer Aufbau Ein Großteil der hier aufgeführten Ziele läßt sich nur dann erreichen, wenn die Lernziele und Themenbereiche systematisch aufeinander aufbauen. Dieser Aspekt wird bei der Darstellung des durchgeführten Seminares berücksichtigt.

Personelle Kontinuität Im personellen Bereich ist zunächst notwendig, daß nur eine Person bzw. ein festes Team diese Strategie vermittelt und nicht, wie in der Praxis der Erwachsenenbildung üblich, verschiedene "Referenten" zu einem Teambereich (hier: "Klinische Psychologie") "referieren". Diese Kontinuität erscheint vor allem deswegen notwendig, weil der Leiter und die Teilnehmer ein für die Selbsterfahrung notwendiges gegenseitiges Vertrauensverhältnis erst langsam aufbauen können. Bei der hier dargestellten pädagogisch-therapeutischen Strategie ist es außerdem von Bedeutung, ob der Leiter den individuellen Problemlösestand einzelner Teilnehmer kennt. Dieses ist nur

möglich, wenn er über Vorerfahrungen verfügt.

Qualifikation des pädagogisch-therapeutischen Leiters

Die inhaltliche Planung und Durchführung eines in dieser Arbeit vorgestellten Fortbildungsseminares sollte von Personen mit folgenden Qualifikationsvoraussetzungen erfolgen:

- Fachausbildung in Klinischer Psychologie
- Ausbildung und Erfahrung in der Ausübung psychotherapeutischer Methoden in Gruppen
- Ausbildung in therapeutischer Gesprächsführung (insbesondere personenzentrierte Hilfe)
- klinisch-psychologische Erfahrungen in einer Institution
- Erfahrung in der Arbeit mit Erwachsenen (möglichst im Bereich der Erwachsenenbildung mit Kenntnissen über Didaktisierungsmöglichkeiten theoretischer Inhalte)
- Einblick in die spezifische Situation alter Menschen im Heim möglichst durch psychotherapeutische Arbeit

Diese Voraussetzungen, insbesondere die gruppenpsychotherapeutische Qualifikation, erscheinen als eine notwendige Bedingung für die Durchführung des Konzeptes in dieser Form.

Kooperation mit Vertretern der Fortbildungsinstitution und Altenheimleitungen Weiterhin ist die Kooperation mit Vertretern der Fortbildungsinstitution und Vertretern der Altenheimleitungen (z.B. im Rahmen der Fachbereichsleitung: Altenhilfe bei Trägerverbänden) unerlässlich. Dieses ist vor allem deswegen erforderlich, weil die angesprochenen Zielgruppen die Unterstützung der Heimleitungen unbedingt braucht, um Veränderungsinitiativen mit einigermaßen durchschlagendem Erfolg in der Praxis umsetzen zu können.

Größtmöglicher Transfer Das wichtigste Bestreben bei der Rahmengestaltung des Seminares sollte es sein, daß ein größtmöglicher Transfer des Erlernten erreichbar ist. Eine Bedingung dafür ist zunächst gegeben, wenn Fortbildung und Alltagspraxis einander abwechseln. Für die Vermittlung von Grundlagen psychosozialer Betreuung erscheinen einwöchige Lernabschnitte geeignet; für die vertiefende Ver-

mittlung spezieller Strategien erscheint eine kontinuierliche Fortbildung und Supervision in kleinen Gruppen dagegen unumgänglich. Die Vermittlung o.g. Lernziele in Abend-, Tages- oder Wochenendkursen ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht möglich.

Interdisziplinäre Konzeption Hierfür sind mehrere Gründe maßgeblich:

- Die Fortbildungsmöglichkeiten der Teilnehmer sind z.Z. noch derart beschränkt, so daß die ausschließliche Vermittlung klinisch-psychologischer Inhalte nicht günstig erschiene. Wichtige weitere Fachdisziplinen sind: Recht, Altersmedizin, Soziologie, Theologie und Sozialpädagogik.
- Neben fachspezifischen Kenntnissen sollten allgemeinbildende Elemente in der Fortbildung enthalten sein.
- Eine Abwechslung der Themenbereiche erscheint bei einem mehrwöchigen Seminar angeraten.

Lernen in der Gruppe Für die gemeinsame Erarbeitung psychologischer Themen ist es günstig, in einer geschlossenen Gruppe zu arbeiten. Dieses ermöglicht soziales Lernen, erleichtert, Lernhemmungen abzubauen und gibt den emotionalen Rückhalt für Phasen der Verunsicherung. Es fördert den Zusammenhalt erheblich, wenn der Gruppenleiter auch während des Rahmenprogrammes oder während der freien Zeit mit den Teilnehmern zusammen sein kann. Möglichst sollten keine neuen Teilnehmer, z.B. in einer zweiten Woche, hinzukommen, weil dieses den Lernprozeß in der Gruppe stark hemmen kann. Die Teilnehmer sollten während einzelner Lernabschnitte möglichst zusammen wohnen.

Teilnehmerzusammenstellung Bei der Teilnehmerzusammensetzung sollten möglichst Teilnehmer aus verschiedenen Positionen (Stationshilfe, Stationspfleger, Stationsleitung) und verschiedenen Arbeitsbereichen (Wohn-Pflegebereich) im Seminar vertreten sein. Dieses soll hier begründet werden.

Nach bisherigen Erfahrungen wirkt sich eine solche heterogene Zusammenstellung der Teilnehmer nicht nur günstig auf den gegenseitigen Erfahrungsaustausch aus. Es werden auch verschiedene berufliche Rollen- und Aufgabenkonflikte in der Seminarsituation deutlich und können als

Aufhänger für Interventionen dienen. Dieser Aspekt wird hier als unverzichtbar angesehen, weil nur so bestimmte Konflikte alltagsnah durch die Interessenvertretung der verschiedenen Gruppen angegangen werden können. Diese Teilnehmerzusammenstellung erscheint sinnvoller, als z.B. eine sehr zielgruppenspezifische Stationsleiterfortbildung, u.a. deswegen, weil die Teilnehmer auf diese Art und Weise eingehendere Kenntnisse über andere Sichtweisen bekommen. Nicht zuletzt gibt diese Teilnehmerzusammenstellung überaus wichtige Anstöße für die Kontaktförderung zwischen verschiedenen Positionen und Arbeitsbereichen eines Hauses. Dieser Aspekt ist grundlegend für die Aufhebung der Isolierung einzelner Initiativen zur Veränderung der Arbeitssituation. Dieses konnte in mehreren bisher durchgeführten Seminaren dieser Art bestätigt werden.

1.3.2 Wesentliche pädagogisch-therapeutische Handlungsorientierungen

Problemlösemodell und Transferierbarkeit Als allgemeines Modell zur Strukturierung der Lernsituation dient das Problemlösemodell mit den folgenden 8 Schritten:

1. Einstellungen zu Problemen des beruflichen Alltags: z.B. Bewußtmachung problematischen Selbstverständnisses
2. Problembeschreibung: vor allem durch die gemeinsame Herausarbeitung individueller oder berufsbedingter Kompetenzdefizite
3. Zielsuche: z.B. durch die gemeinsame Suche nach Grob- und Teilzielen psychologischer Betreuung
4. Zieldiskussion: z.B. durch die Suche nach Personen, die ebenfalls eingeschaltet werden sollten
5. Zielentscheidung: z.B. durch die Festlegung spezifischer Handlungsziele für die beteiligten Personen
6. Handlungsintention: z.B. durch den bewußten und gezielten Vorsatz, im eigenen Verhalten in einer spezifischen Situation eine Änderung zu erreichen
7. Ausführung der Handlung: z.B. im Rollenspiel oder im Alltagshandeln

8. Lösungsbewertung: z.B. durch Überprüfung der Transferierbarkeit vorheriger Zielvorstellungen

Vor allem die ersten 6 Schritte dienen als Orientierungsmodell für Überlegungen zur Verbesserung beruflichen, insbesondere betreuerischen Handelns. Der siebente Schritt, die Ausführung der Handlung, geschieht im Seminar durch Übungen. Wesentliches Ziel der Fortbildung ist es, im Anschluß an das Besprechen und Absprechen konkreter Handlungsmöglichkeiten, diese in Form von Handlungsexperimenten im beruflichen Alltag zu erproben. Der achte Schritt der Bewertung erfolgt sowohl direkt im Anschluß an Übungsarbeiten, zusammenfassender jedoch während der Rückmelde- und "Transfer"phasen zum Schluß und zu Beginn einer jeden Seminarwoche. Als Hauptziel des Vermittlungsmodells wird die Transferierbarkeit der angebotenen Themen und Hilfestellungen angesehen.

Interventionsebenen Aus jeweils aktuell zu verwirklichenden Lernzielen werden entsprechende Methoden der Vermittlung abgeleitet. Ansatzpunkte pädagogisch-therapeutischer Einflußnahme sind die verschiedenen Ebenen des Wissens, der Gefühle, des Verhaltens oder der sozialen Beziehung (Interventionsebenen). Entscheidend für die Priorität der Interventionsebenen ist der jeweilige Problemlösestand in der Gruppe.

Persönlichkeits- und Problemzentrierung Das Vermittlungsmodell für die psychologische Fortbildung ist problem- und persönlichkeitszentriert angelegt, d.h. es werden nicht einzelne Interventionsebenen bevorzugt (wie z.B. in der Gesprächspsychotherapie oder Verhaltenstherapie). Hinter der "Persönlichkeitszentrierung" steht der Gedanke, daß die Ebenen des Wissens, des Erlebens und Verhaltens in der Kommunikation mit Anderen in der Persönlichkeit des Teilnehmers ganzheitlich verschmelzen. Problemzentrierung heißt dann: Im Vordergrund stehen die persönlichen Probleme der Teilnehmer im Umgang mit bestimmten Verhaltensweisen (oder Symptomen) der Bewohner und Mitarbeiter.

Es wird hier davon ausgegangen, daß die persönlichen Probleme des Einzelnen das Alltagshandeln im Beruf wesentlich bestimmen. Fortbildung hätte deshalb genau an solchen persönlichen Problemen anzusetzen, statt z.B. "einfach" durch Themenangebote zu versuchen, Einfluß auf diese Probleme zu nehmen.

Es werden pädagogische und therapeutische Mittel eingesetzt, die die persönliche Betroffenheit jedes Einzelnen fördern, möglichst ohne gleichzeitig Schuld- oder Versagensgefühle zu erzeugen. Die Gewährleistung von persönlicher Betroffenheit geschieht wesentlich durch die Aktualisierung des Spannungsverhältnisses zwischen Zielen und Defiziten, durch die Thematisierung von Widersprüchen zwischen den o.g. Ebenen, sowie durch konfliktevozierende Gesprächstechniken. Weitere Methoden sind die des gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens, insbesondere des Experiencing (vgl. dazu besonders ESSER, 1978; in Vorbereitung). Die Teilnehmer werden auf diese Weise gehalten, einen eigenen Standpunkt zu suchen oder zu beziehen. Probleme des Einzelnen werden dabei modellhaft für die anderen Gruppenteilnehmer erarbeitet.

Unterscheidung zwischen individuellen und allgemeinen Problemanteilen Die Gruppe der sozial-helfenden und zugleich pflegenden Berufe wird in ihrer gesamten Persönlichkeit gefordert, um ihrer beruflichen Aufgabe gerecht zu werden. Dieses "Als-Mensch-Gefordert-Sein" ist umso mehr der Fall, wenn es sich - wie bei Altenpflegern - um eine Dauerbeziehung handelt, auf der betreueriesches Handeln aufbaut. Für eine adäquate psychologische Fortbildung ist es daher notwendig, ständig die Unterschiede zwischen individuellen und allgemeinen Problemen des beruflichen Handelns herauszuarbeiten.

Erlebnisaktivierung: Lernen über Betroffenheit Wesentlicher Gesichtspunkt bei der Vermittlung der meisten Lerninhalte ist die Erlebnisaktivierung bei den Teilnehmern. Einige Methoden zur Förderung von Betroffenheit wurden oben genannt. Psychologische Mitarbeiterfortbildung hat nach diesem Konzept psychotherapeutischen Charakter, indem besonders die kognitiven und emotionalen Veränderungen der Teilnehmer "im Hier und Jetzt" einer kooperativen Einflußnahme durch den Leiter bzw. die anderen Teilnehmer unterzogen werden. Die Fortbildung soll so für den einzelnen Teilnehmer zu einem durchgreifenden Erlebnis werden und schließlich zu angemessenem Handeln im Alltag führen. Dieser Vorgang wird hier bezeichnet als "Lernen über Betroffenheit".

Ansatzpunkte: Gruppenspannungen und individuelle Lernhemmungen Solches gemeinsames Lernen in der Gruppe setzt eine bestimmte Art sozialer Kompetenz voraus, die weiterer Ansatzpunkt sein

wird: Gruppenspannungen und individuelle Lernhemmungen werden gemeinsam aufgearbeitet.

Verunsicherung und Anbieten von Gegengewichten So verstandene und durchgeführte Fortbildung führt im optimalen Falle über eine Labilisierung von Persönlichkeitsstrukturen zu qualitativ verschiedenen Einstellungen, Gefühlen und Verhaltensweisen. Aufgrund der zu erbringenden psychischen Anstrengung wird es hier für besonders wichtig erachtet, in den Phasen der Labilisierung ein Gegengewicht in verschiedenen Formen zu gewährleisten. Solche Gegengewichte können sein: die vertrauensvolle Beziehung zu anderen Teilnehmern oder dem Gruppenleiter, Auflockerung wie Filme, Spaziergänge, Gespräche oder auch einfach nur der Spaß am Lernen. Durch das intensive Erleben von Gegensätzen soll das Seminar zu einem persönlichen Erlebnis für die Teilnehmer werden und einerseits zu eigeninitiativer Weiterbildung motivieren, andererseits auch langfristig in beschränktem Ausmaß zu Multiplikatoreffekten führen.

Die in diesem Konzept angelegte Gefahr der Überforderung durch die Erzeugung von Hilflosigkeit in bestimmten Phasen und damit die Gefahr der Entmotivierung macht die Vermittlung klarer Orientierungshilfen sowie eine vertrauensvolle Stellung des Gruppenleiters zur notwendigen Voraussetzung der Durchführung. Die erste Seminarwoche erhält dadurch einen besonderen Stellenwert: Hier steht die Erarbeitung gegenseitigen Vertrauens im Vordergrund. Neben dem gegenseitigen Kennenlernen sollte die Labilisierung oder Verunsicherung der Teilnehmer derart sein, daß sie einerseits als Motivierung zu Handlungsexperimenten im Alltag dient. Andererseits sollen die in der ersten Woche 'positiv verunsicherten' Teilnehmer von der kommenden Seminarwoche erwarten können, daß ihre Handlungsexperimente dann ausführlicher besprochen werden.

Aktivierung von Intentionen: Teilnehmerbestimmung und intentionale Lernhaltung Es wird angestrebt, daß die Teilnehmer einen größtmöglichen Anteil an der Gestaltung des Lernprogramms haben.

Die erwartende Lernhaltung der Teilnehmer soll in eine intentionale Lernhaltung gewendet werden, bei der die Teilnehmer neben der Frage: "Was ist richtig, um meiner beruflichen Rolle gerecht zu werden?" verstärkt die Frage an sich selbst richten: "Was muß ich oder kann ich selbst unternehmen, um dieser Rolle gerecht zu werden?"

Zieloffenheit Durch die vorgesehene Aktivierung der Intentionen der Teilnehmer wird das gesamte Programm in seiner inhaltlichen und zeitlichen Gestaltung nur noch bedingt vorherplanbar! Es ist ein wesentlicher Punkt dieses Konzeptes, zieloffen vorzugehen, d.h. die Interventionsebene, die Methoden zur Erreichung der Aktivierung sowie die Endzielbestimmung dem jeweiligen Lern- und Entwicklungsstand der Teilnehmer und der Gesamtgruppe anzugleichen. Es wird hier also für notwendig erachtet, die Effekte der pädagogisch-therapeutischen Einflußnahme möglichst unmittelbar zu überprüfen, um sie so einer größtmöglichen Korrektur unterziehen zu können.

Rückversicherung als Teil der Strategieplanung Die Zieloffenheit des Konzeptes macht eine permanente Lernzielkontrolle durch Rückversicherung über die Angemessenheit des eingeschlagenen Weges notwendig. Kurz-, mittel- und langfristige Strategieplanung soll entsprechend einen festen Platz in der Struktur des Seminars einnehmen. Diese Rückversicherung erfolgt zu Einzelfragen sowohl schriftlich (z.B.: "Was ich bezüglich dieses Themas lernen/verlernen will"; "Was ich heute nicht so gut fand..." "Stimmungsbarometer";) als auch mündlich durch Rückmeldung, Metadiskussionen und Bewertungen einzelner Lernabschnitte.

Gewichtung des präventiven Charakters der psychologischen Fortbildung Psychologische Fortbildung hat - wie Mediatorenausbildung im psychotherapeutischen Bereich allgemein - den Stellenwert von Prävention psychischer Störungen bei den Bewohnern. Dieser Aspekt wird besonders deutlich in Bereichen der Heimeinweisung, der Sterbebegleitung oder der Aktivierung. Wird hier nicht rechtzeitig Hilfe angeboten, erweist sich Krisenintervention als unumgänglich. Folge davon ist: Das Ausbildungsdefizit eskaliert weiter, weil die Mitarbeiter diesen Situationen psychisch nicht gewachsen sind. Es ist ein Hauptanliegen dieses psychologischen Fortbildungsseminars, in Einzelheiten ständig auf den präventiven Charakter psychologischer Einfühlung und Beobachtung hinzuweisen. Darüberhinaus werden zu einzelnen Krisensituationen Interventionshilfestellungen angeboten und eingeübt.

Stärkung der Veränderungsbereitschaft durch Infragestellen der Transferierbarkeit Die Transferierbarkeit der psychologischen Themenangebote wird ständig in Frage gestellt, um einerseits Korrekturen vornehmen zu können, andererseits, um die Entscheidungen der Teilnehmer für psychologische Notwendigkeiten zu festigen. In diesem Rahmen erhalten die Teilnehmer für die Zeit zwischen den Seminaren "Hausaufgaben", über deren Erfolg in der nächsten Woche gesprochen wird, bzw. deren Ergebnisse in das Lernmaterial integriert werden. Besonderes Gewicht haben hier "Gepäckverträge", die immer dann entstehen, wenn ein Teilnehmer Ansätze zu konkreten Veränderungsabsichten für sein berufliches Handeln äußert. Solche Intentionen werden so häufig wie möglich aufgegriffen und sollen die Verpflichtung gegenüber der eigenen Veränderungsbereitschaft stärken.

Größtmögliche Transparenz der Vermittlungsstrategie

Ein Großteil dieser Vermittlungsziele wird im Verlauf des gesamten Fortbildungsprogrammes für die Teilnehmer durch Metakommunikation transparent gemacht. Damit soll, je nach Lern- und Entwicklungsstand in der Gruppe, eine höhere Verbindlichkeit gegenüber der eigenverantwortlichen Fortbildung erreicht werden.

Anregung zu Multiplikatorentätigkeit Wichtiger Bestandteil eines gelungenen Transfers ist es, im eigenen Alltag aktiv die Bedingungen herzustellen, die die Anwendung systematischer psychologischer Betreuungsstrategien begünstigen. In diesem Rahmen ist besonders die Weitergabe von Informationen und Erkenntnissen an andere Mitarbeiter eine wichtige Bedingung für das Gelingen psychologischer Betreuung im Team. Diese Multiplikatorenwirkung sollte gezielt gefördert werden, ist jedoch nur in begrenztem Ausmaß zu verwirklichen. Zur Erläuterung: Wären psychologische Inhalte so einfach weiterzugeben, bedürfte es nicht der Anwendung einer solch komplexen Vermittlungsstrategie in einem Fortbildungsseminar. Durch die oben erwähnte Transparenz der Vermittlungsziele wird den Teilnehmern genau diese Schwierigkeit der Transferierbarkeit deutlich.

Wesentlich bei dieser Darstellung erscheint mir noch zu betonen, daß solche allgemeinen pädagogisch-therapeutischen Handlungsorientierungen einzelnen Lernzielen nicht zugeordnet werden können. Ebenso ist es

bis auf wenige Ausnahmen, wie z.B. bei Transferübungen nicht möglich, anzugeben, zu welchem Zeitpunkt diese Interventionen vorgenommen werden sollten. Diese beiden "Nihilismen" ergeben sich aus der konsequenten Verwirklichung des zieloffenen Anspruches, der besagt, daß diese Orientierungen erst dann im therapeutischen Handeln wirksam werden dürfen, wenn bei den Teilnehmern aktuelle Defizite erkennbar werden. Diese vorherzusagen ist nur insoweit möglich, als thematische Eingrenzungen einzelner Lerneinheiten die Orientierung der Teilnehmer auf genau diesen thematischen Aspekt lenken. Ein Anderes wäre es zu sehen, welche einzelnen Kompetenzdefizite bei speziellen Zielgruppen im Vordergrund standen und welche therapeutischen Zielorientierungen dadurch aktualisiert werden sollten. Eine solche detaillierte empirische Analyse typischer Kompetenzdefizite wird weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben müssen. Es ist allerdings bei einer umfassenden Analyse von Kompetenzdefiziten immer noch die Frage, inwieweit eine programmäßige Gestaltung möglich ist. Unter der Voraussetzung, bei individuellem Problemerleben und -verhalten anzusetzen, verbieten sich standardisierte Lernprogramme oder sind nur sehr eingeschränkt zu verwirklichen (MAIWALD, 1978).

1.3.3 Zielbereiche pädagogisch-therapeutischen Handelns

Wesentliche Zielbereiche des pädagogisch-therapeutischen Handelns werden in diesem Kapitel auf das Konzept der "personenzentrierten Handlungszuweisung" bezogen (vgl. dazu ausführlich: MAIWALD, 1978; MAIWALD & FIEDLER, 1981). Als wichtiges Kriterium für die Personenzentrierung wurde dort hervorgehoben, daß Therapieziele (hier: pädagogisch-therapeutische Ziele) ihre Entsprechung in Lernzielen (hier: Kompetenzen der Teilnehmer) haben sollten. Die folgenden 4 Zielbereiche gründen sich auf wesentliche Kompetenzdefizite von Pflégenden:

- I. Berufsbezogene Selbsterfahrung
- II. Gemeinsame Erarbeitung von Themen und spezifischen Betreuungssituationen
- III. (Verhaltens-)übungen
- IV. Einzelfallhilfe und -Supervision

Die momentane emotionale Situation der Teilnehmer hat im günstigsten Fall darüber zu entscheiden, welcher dieser Zielbereiche aktuell in den Vordergrund gerückt werden sollte. Einzelne Bereiche sind prinzipiell kombinierbar und wechseln im praktischen Verlauf der Fortbildung einander ab.

Die Darstellung dieser Handlungsbereiche folgt einem 3-Punkte-Schema:

1. Charakterisierung des Bereiches, 2. Beschreibung einer Auswahl von Kompetenzdefiziten, 3. Einordnung in das zugrundeliegende Problemlösemodell und die Gesamtseminarkonzeption.

1.3.3.1 Berufsbezogene Selbsterfahrung

In diesem Bereich sollte der Leiter zur Reflektion von Gefühlen anregen, die das berufliche Handeln wesentlich mitbestimmen. In der Gruppe sollten Hinweise erarbeitet werden, das eigene Erleben im beruflichen Alltag und im Seminar zu beobachten.

Folgende Kompetenzdefizite der Teilnehmer können als Interventionskriterien dienen:

- mangelnde Sensibilität für wirkliche Bedürfnisse der Bewohner, Teammitglieder oder anderer Teilnehmer
- problematische Aspekte der Beziehung zwischen Bewohnern und Pflegenden, Teammitgliedern und Pflegenden und zwischen den Teilnehmern der Gruppe
- Interaktionskonflikte zwischen der beruflichen Situation und Rolle der Teilnehmer, deren Selbstverständnis, ihrer Motivation, ihren alltäglichen Handlungszielen, Ansprüchen und Pflichten
- persönliche Konflikte der Teilnehmer, die auf allgemeine Konflikte der Berufsrolle zurückzuführen sind oder die in der Persönlichkeit der Teilnehmer begründet scheinen
- typische Konflikte der Seminarsituation oder bei Teilnehmerinitiativen zur Bewältigung eigener beruflicher Schwierigkeiten, die besonders dann entstehen, wenn sich Gruppenmitglieder im Erleben anderer Teilnehmer wiederfinden.

Berufsbezogene Selbsterfahrung hat innerhalb der gesamten Fortbildung die Funktion, Fehlverhalten bewußt zu machen und Ansätze zur Veränderung zu fördern. Ebenso wichtig ist jedoch die Funktion, auf der Erlebnisebene das "Bewußtsein" zu fördern und zu stärken, daß menschliche psychologische Betreuung immer wieder sinnvoll ist.

Hier wird es - im Rahmen des Problemlösemodells betrachtet - vorrangig darum gehen, Probleme des eigenen Handelns erst einmal wahrzunehmen und, wenn möglich, definitiv als zu verändernde Handlungen festzuhalten. Allgemeiner soll erreicht werden, dieser noch relativ jungen Berufsgruppe durch die Vermittlung von Entschlußfähigkeit und Interessenvertretung das Selbstvertrauen zu stärken. Dieser Zielbereich kann nach gegenwärtigem Erkenntnisstand über häufig zu erwartende Teilnehmerdefizite als der wichtigste gelten, der in einem vierwöchigen Kurs aktualisiert werden sollte.

1.3.3.2 Gemeinsame Erarbeitung von Themen und spezifischen Betreuungssituationen

In diesem Zielbereich sollte der Leiter zusammen mit den Teilnehmern theoretische Zusammenhänge auf der erkenntnismäßigen Ebene erarbeiten. Dazu kann zunächst ein kurzes Impulsreferat als Einstieg in den Themenbereich dienen. Weiter können im Tageslichtprojektor, auf Wandzeichnungen, durch Kurzfilme oder andere Medien Impulse gegeben werden. Ziel sollte es hier sein, modellhaft Aspekte zu entwickeln, die als Handlungsorientierungen auf spezifische Betreuungssituationen übertragen werden können. Mit anderen Worten: Bei der Erarbeitung von Themen sollte nicht dabei stehen geblieben werden, lediglich ein theoretisches Modell anzubieten. Ziel ist es vielmehr, direkt anschließend erste Transferierungen auf spezifische Situationen des Alltagshandelns anzuregen. Solche Transferierungen können als Vorstufe zur Einübung von betreuertischem Handeln gelten.

Allgemeines Interventionskriterium ist hier:

- das eindeutige Informationsdefizit der meisten Teilnehmer. Besonders sollten solche Informationsdefizite behoben werden, die für die Verwirklichung angemessenen Betreuungsverhaltens unbedingt Vorausset-

zung sind (z.B. theoretische Grundlagen über Alternspsychologie bei der Diskussion über Altern, über Kommunikation im Themenbereich Gesprächsführung, über Verhaltensbeobachtung beim Thema Pflegebericht usw.).

Die Erarbeitung von Themen ist häufig das einzige Ziel in der herkömmlichen Erwachsenenbildung. Im Rahmen des hier vorliegenden Konzeptes hat dieser Handlungsbereich vor allem die Funktion, den Bezug zwischen theoretischen Ansätzen und einer Strategie gezielter psychologischer Hilfe herzustellen.

Die Auswahl der theoretischen Inhalte sollte nach der hier angestrebten Personenzentrierung also pragmatisch sein insofern, als nur solche gewählt werden, die unmittelbar zur verbesserten betreuenden Handlung führen können. Auf diese Weise können die Teilnehmer lernen, ihr Wissen über Altenpflege konkreter einzuordnen.

1.3.3.3 (Verhaltens-)übungen

In diesem Zielbereich geht es darum, Helferverhalten auch praktisch auszuprobieren und zu überprüfen. Wichtig ist hierbei nicht so sehr, daß das erprobte Verhalten angemessen ist oder nicht. So ist eine Verhaltensübung auch einsetzbar, um problematisches Verhalten herauszuarbeiten. Als Übungen werden all diejenigen Teile des Seminars bezeichnet, in denen die Teilnehmer durch einzelne konkrete Reize dazu angehalten werden, so zu reagieren, wie sie im Alltag reagieren würden. Dieses können Übungssituationen sein, in denen die Teilnehmer in "wörtlicher Rede", z.B. auf vorgegebene problembezogene Bewohneräußerungen reagieren sollen, oder in denen sie im Rollenspiel neues Verhalten erproben sollen. Solche Übungen sind also je nach Zielsetzung schriftlich und mündlich, in der Großgruppe oder Kleingruppe, im abgesprochenen Rollenspiel oder in der Beantwortung der Frage: "Was würden die sagen, wenn ...?" möglich. In jedem Fall sind Übungen von ihrem Charakter her extrem instruktiv angelegt und fordern insofern den Teilnehmer individuell (im Vergleich etwa zur Plenumsdiskussion bei der Themenerarbeitung).

Allgemeines Interventionskriterium ist hier:

- die eindeutige Feststellung engumgrenzter Verhaltensdefizite im Verhalten gegenüber Bewohnern, Teammitgliedern oder auch stellvertretend Seminarteilnehmern.

Im Rahmen des Problemlösemodells stellen Übungen eine Aufforderung zur Erprobung von Helferverhalten dar, welches zuvor im Rahmen der Problem- und Zieldiskussion als defizitär konstatiert worden sein muß.

Im Hinblick auf die gesamte Fortbildung haben Übungen das Ziel, schon vor der Anwendung im Alltag neue Gesichtspunkte im Verhalten umzusetzen und zu erproben. Dieses "für den Ernstfall proben" ist deshalb auch nur dann sinnvoll, wenn es sich um grundlegende Aspekte des Helferverhaltens handelt (z.B. im Rahmen der Sterbebegleitung, Antwortmöglichkeiten auf die Frage eines Sterbenden zu finden: "Schwester, sagen Sie mir, muß ich jetzt sterben?"). Im weiteren Sinn erfüllen Übungen den Fortbildungszweck, die Teilnehmer davon zu überzeugen, daß eine Kontrolle des eigenen Verhaltens und damit auch des eigenen Erlebens immer wieder notwendig ist. Solcher Art "veröffentlichter Selbstkontrolle" soll die Teilnehmer auch langfristig dazu anhalten, neues Verhalten im Alltag auszuprobieren und über eigenes Verhalten mit anderen zu sprechen. Vor allem im Bereich der Einzelfallhilfe und -Supervision, aber auch im Bereich der berufsbezogenen Selbsterfahrung sind Verhaltensübungen unerläßlich. Kontrakte über spezielle Handlungen sollen die Teilnehmer anregen, neue Verhaltensweisen und Handlungsstrategien im Alltag zwischen den einzelnen Lernabschnitten zu erproben.

1.3.3.4 Einzelfallhilfe und Einzelfallsupervision

Dieser Zielbereich ist aufgeteilt, um den verstärkten Einfluß eines Supervisors zu verdeutlichen. Zunächst sei hier vorweggeschickt, daß Einzelfall-Supervision im Rahmen eines vierwöchigen Seminars nur ansatzweise möglich ist. Dieses ergibt sich schon allein aus der Gruppengröße.

Einzelfallhilfe dagegen ist neben der berufsbezogenen Selbsterfahrung der zweitwichtigste Zielbereich der hier vorgestellten psychologischen Fortbildung. Innerhalb dieses Bereiches steht das pädagogisch-

therapeutische Bemühen im Vordergrund, Handlungsanleitungen und Hilfestellung für die gezieltere psychologische und soziale Betreuung von einzelnen problembelasteten Bewohnern zu erarbeiten und direkt zu geben. Die Teilnehmer sollen hier dazu angehalten werden, die "Notsignale des alten Menschen" wahrzunehmen, sie zu sammeln und sie gegebenenfalls in ihrem Zusammenspiel zu bewerten. Nur wenn Pflegende in der Lage sind, Betreuungs- oder Behandlungsbedürftigkeit verantwortungsvoll festzustellen, kann davon gesprochen werden, daß Pflegende gezielt helfen.

Als Interventionskriterien dienen hier Kompetenzdefizite im Hinblick auf Kenntnisse und Fertigkeiten über:

- Methoden der psychologischen und sozialen Betreuung einzelner Bewohner
- diagnostische und betreuende Urteilsprozesse
- Arbeit im Team
- gezielte Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle

Aus der Sicht des Problemlösemodells werden in diesem Zielbereich Betreuungshandlungen auf ihre Wirksamkeit hin bewertet. Besonders im Rahmen der Einzelfallsupervision wird der Einsatz einzelner Interventionen gegeneinander abgewogen, oder einzelne Interventionen werden verstärkt eingeübt. Hier wird also der enge Bezug zu dem Zielbereich der Verhaltensübungen deutlich. In der Praxis wird eine solche Hilfestellung häufig durch Selbsterfahrungselemente eingeleitet.

Auch durch diesen Bereich unterscheidet sich die psychologische Fortbildung von herkömmlicher Erwachsenenbildung. Allein das Konzept der gezielten psychologischen Betreuung deutet auf eine sehr viel stärkere Handlungsorientierung hin. Dieses Konzept ist anzusiedeln zwischen systematischer psychotherapeutischer Behandlung und dem unvoreingenommenen alltagspsychologischen Umgang mit als zu schwierig empfundenen Personen. Einzelfallhilfe und -supervision soll dazu beitragen, das Gespräch als Tätigkeit in der Altenpflege anzuerkennen und ein Bewußtsein für systematisches psychologisches Vorgehen zu schaffen. Gleichzeitig wird hier eine deutliche Grenze sichtbar: Dieses Konzept soll nicht zu "Mini-Therapeuten" fortbilden. Es soll vielmehr grundlegende Strategien psychosozialer Hilfe vermitteln, die durch Pflegende aus-

geführt werden können. Wie schon zuvor begründet wurde, fällt diese Rolle im momentanen Stadium der Entwicklung psychosozialer Versorgung in Altenpflegeeinrichtungen fast ausschließlich Pflegenden zu.

Das hier vorgestellte Konzept ist so angelegt, daß die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Psychologen dadurch wesentlich gefördert wird. Die angesprochene Mediatorenrolle der Pflegenden wird um so gewichtiger, je tiefgreifender die psychologischen Kenntnisse und Erfahrungen werden. Dieses jedoch läßt auch die Gefahren schädigenden Helferverhaltens prinzipiell größer werden. In einem Exkurs soll diese kritische Frage hier kurz angesprochen werden.

1.3.3.5 Exkurs: Die Notwendigkeit fachlicher Anleitung und Überwachung

Je mehr Einzelfallsupervision notwendig wird, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich das Helferverhalten einer psychotherapeutischen Einflußnahme annähert. Hierzu fehlen den Pflegenden die theoretischen und praktischen Grundlagen. Es muß berücksichtigt werden, daß keine falschen und zu hohe Ansprüche an die Helferposition der Pflegenden gestellt werden. Allein deshalb ist das personenzentrierte Vorgehen so wichtig. Prinzipiell wird das Konzept der "gezielten psychologischen Betreuung" dadurch nicht in Frage gestellt, zumal Pflegende viele psychologischen Konflikte im Verlauf ihrer Tätigkeit bewältigen müssen. Es stellt sich hier vielmehr die Frage, ob vertiefende Kenntnisse und Fertigkeiten bei helfendem Verhalten nicht zu übermäßig großen Schwierigkeiten führen, wie dieses z.B. von psychoanalytischer Seite hervorgehoben wurde (vgl. z.B. SCHMIDBAUER, 1977).

Zusammenfassend: Um einem schädigenden Helferverhalten vorzubeugen, um die Pflegenden nicht zu überfordern, und schließlich, um sie in ihrer Motivation zu stärken, ist eine kontinuierliche Fortbildung unter Kontrolle von Klinischen Psychologen für Altenpfleger(innen) nicht nur ratsam, sondern umso mehr von Nöten, je intensiver die Pflegenden Betreuungspraxis verwirklichen.

ZUR ORIENTIERUNG

Um den tatsächlichen Seminarverlauf wirklichkeitsnah zu beschreiben, müßten folgende Punkte berücksichtigt werden:

die Einordnung des Themas in das Gesamtseminar, die Darstellung des thematischen Ablaufes, die Charakterisierung wesentlicher Lehr- bzw. Therapieziele und -Medien (Vermittlungsformen) sowie der zugehörigen Lernziele (Kompetenzdefizite und -Ziele aus der Sicht der Teilnehmer und des Gruppenleiters) sowie die Bezüge zwischen diesen verschiedenen Faktoren. Diese immense Arbeit kann und soll hier nicht geleistet werden (vgl. dazu ansatzweise MAIWALD, in Vorbereitung).

Im folgenden möchten wir aber den thematischen Ablauf im Überblick skizzieren. Hierdurch erhält der Leser am ehesten einen Einblick in die tatsächliche Struktur des Seminarverlaufes mit den Schwerpunkten

- o Beobachtungs- und Urteilsprozesse,
- o Gesprächsführung,
- o Sterbebegleitung,
- o "Notsignale des alten Menschen" und
- o Teamarbeit.

Der Leser sei auch auf die Überblicke über das Seminar im Anhang A 1.1.2 und A 1.1.3 verwiesen.

Die im folgenden dargestellten wesentlichen Gesprächsinhalte mögen ansatzweise verdeutlichen, welche Themenbereiche auch allgemeiner betrachtet in klinisch-psychologischen Fortbildungen behandelt werden sollten. Vereinzelt wurden Vermittlungsformen ausschnittsweise angegeben.

Damit der Leser einordnen kann, wie die Teilnehmer die Relevanz der jeweiligen Lerneinheit einschätzten, haben wir neben der Ziffer, die die Lerneinheit anzeigt, angegeben, wieviel Prozent der Teilnehmer der Hauptuntersuchung diese Lerneinheit befürworteten (TN⁺: ... %; N=26; Zusammenfassung der Werte: a) für mich persön-

lich und b) für meinen Beruf als Altenpfleger waren die folgenden LE sehr wichtig; vgl. Tabelle A4,3 im Anhang Seite 174.

Zum Abschluß dieses Kapitels werden wir einige Konsequenzen darstellen, die sich aus Erfahrungen mit dieser Themenauswahl ergeben.

2.1 LERNABSCHNITT 1

RAHMENTHEMA: BEOBACHTUNGS- UND URTEILSPROZESSE

2.1.1 Lerneinheit 1 (TN⁺: 42 %)

Begrüßung

Einführung in die Tagung (-räume)

Bedeutung der eigenen Berufserfahrung für das Seminar

Die Teilnehmer wurden gebeten, ihre Einstellungen, ihr Erleben und Verhalten im Berufsalltag durch die Beantwortung der "Fragen zu speziellen Problemen" selbstkritisch zu beurteilen. Im Anschluß wurden die Antworten als jeweils unterschiedliche Lernvoraussetzungen des Einzelnen bewertet.

Überblick über Rahmenthemen und Zusammenhänge

Klinische Psychologie: Beobachtungs- und Urteilsprozesse; Gesprächsführung; Hilfe bei psychischen Problemen von Bewohnern (und Pflegenden); Sterbebegleitung; Teamarbeit.

Altersmedizin; Themen mit religiösem Schwerpunkt; sozialpädagogische Themen; Recht; Soziologie.

2.1.2 Lerneinheit 2 (TN⁺: 89 %)

Gegenseitiges Kennenlernen

Gesprächsthemen waren hier nach einer Kleingruppenübung die gegenseitigen Erwartungen der TN und des Gruppenleiters an das Seminar. Gesprochen wurde über die Hemmungen und Ängste vieler Teilnehmer, im

Seminar etwas Falsches zu sagen und über die Schwierigkeiten, eigene Schwächen bloßzustellen.

Die starken Ratschlagserwartungen der Teilnehmer wurden hier und im weiteren Verlauf des Seminares thematisiert. Verhaltensregeln für die Gruppenarbeit dienten als Interaktionshilfen.

Das Selbstverständnis der Teilnehmer von der Heimsituation

Die Teilnehmer benannten in der Kleingruppe ihre wichtigsten Aufgaben am Arbeitsplatz. Der Stellenwert seelischen Beistandes und die Einstellungen hierzu wurden auf dem Hintergrund der Erfahrungen vom Vormittag zusammenfassend diskutiert.

Psychologische und soziale Aspekte der Situation alter Menschen im Heim - Auswirkungen des Bildes Anderer (Fremdbild) auf das Selbstbild von Bewohnern

Nach der Darstellung neuerer Forschungsergebnisse durch ein Impulsreferat wurde zwischen dem "Fremdbild" und dem "Selbstbild" differenziert. Als erste Übung hierzu sollten die Teilnehmer in Ruhe versuchen, das Selbstbild von Bewohnern einzuschätzen (vgl. dazu die Lernmaterialien im Anhang, A 2.1.1).

2.1.3 Lerneinheit 3 (TN⁺: 85 %)

Differenzierung: "Selbstbild" - "Fremdbild"

Durch eine Wiederholung und erweiterte Anwendung dieser Differenzierung, z.B. auf Begriffe wie "Randgruppe", "schwierige Bewohner", "Aktivierung" wurden Prozesse der Internalisierung und Abwehr von Fremddefinitionen bei alten Menschen angesprochen. (Wer sieht den alten Menschen als Randgruppe, als "schwierigen" Bewohner; Wer will ihn aktivieren? Betrachtet er sich auch so?) Anhand des Begriffes der "Aktivierung" wurden verschiedene Bestrebungen zur Definition von beruflichen Aufgaben Pfleger der erläutern. Dieses gegenwärtig viel diskutierte "professionelle Fremdbild" wurde mit dem "Selbstbild der Bewohner" verglichen. Zu diesem Vergleich wurden die numerischen Ergebnisse einer Übung vom Vortag ("die Einschätzung von Gefühlen des Bewohners") herangezogen. Als Ergebnis dieser Themenerarbeitungsphase konnte das

Betreuungsprinzip der präventiven Hilfe sowie die Notwendigkeit frühzeitiger, realitätsangemessener Beobachtung herausgehoben werden.

Grundlegende psychologische Kategorien

Im Anschluß an die Erläuterung der Kategorien Verhalten, Kognitionen, Gefühle und Interaktionen, d.h. hier das Zusammenspiel verschiedener Sichtweisen (Bilder) in der Kommunikation, wurden wesentliche Methoden der Klinischen Psychologie und ihrer Anwendungsfelder mit Hilfe dieser Kategorien erläutert.

Einführung in die Verhaltenstheorie

An verschiedenen Beispielen der Alltagspraxis von Pflegenden wurden die Prinzipien des operanten Konditionierens einführend erläutert. Verhaltensbeobachtung wurde als eine realitätsangemessene Methode begründet.

Involviertheit in die Interaktionen mit Bewohnern

Ziel einer anschließenden Übung in der Kleingruppe war es, die Abhängigkeit gegenseitiger Interaktionen zu verdeutlichen und die Wahrnehmung auf die Verhaltensebene zu zentrieren. Erfahrungsgemäß kamen schnell die "unangenehmen" Bewohner und Reaktionen der Pflegenden zur Sprache: Als zugrundeliegendes Prinzip wurde als Ergebnis der Leitsatz festgehalten: "Mein 'negatives' Verhalten produziert 'negatives' Verhalten der Bewohner und umgekehrt" (z.B.: wenn ich mich gehemmt, unehrlich, aggressiv, ablehnend usw. verhalte, ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß auch mein Gegenüber sich gehemmt fühlt, zu "trixen" beginnt, sich "Luft macht", mich nicht akzeptiert usw.).

Das Bemühen um Aufrichtigkeit und Hilfe ohne Bevorzugung wurde von vielen Teilnehmern aus den Erlebnissen des Vormittages abgeleitet.

2.1.4 Lerneinheit 5 (TN⁺: 48 %)

Exkursion: Besichtigung eines "Modell" - Altenheimes

In lockerer Atmosphäre sollten die Teilnehmer einander näher kennenlernen können, sowie ihre eigene Arbeit mit anderen Arbeitsweisen und -verhältnissen vergleichen. In einer unmittelbar anschließenden Dis-

kussion wurden Fragen der psychosozialen Situation von Bewohnern und Möglichkeiten der Hilfe besonders hervorgehoben. Auch die Einbindung in die Gemeinde war ein wichtiges Thema.

2.1.5 Lerneinheit 6 (TN⁺: 83 %)

Diskussion der Besichtigung

Nach einem Erfahrungsaustausch über verschiedene Themen (z.B. Probleme der Pflege und Ausstattung, die Stellung von Altenpflegeschülerinnen, die Problematik einer Feststellung von "Heimfähigkeit" usw.), wurde intensiv über die Wahrnehmung vieler Teilnehmer gesprochen, die Bewohner dieses Heimes seien zum großen Teil überdauernd "zufrieden" mit ihrer Situation.

Verhaltensbeobachtung - Informationsfluß - Konsequenzen

Diese Wahrnehmung wurde infrage gestellt. Die Teilnehmer waren aufgefordert, ihre Verhaltensbeobachtungen zu konkretisieren und allgemeinere, gültige Beobachtungskriterien anzuführen. Dieses führte erwartungsgemäß zu der Diskussion über unterschiedliche Beobachtungen desselben Sachverhaltes durch verschiedene Pflegende, die Weitergabe von Informationen über den psychischen Zustand von Bewohnern, zu Problemen der Schweigepflicht und des Vertrauensverhältnisses und schließlich zum Problem der hierarchischen Struktur des Arbeitsablaufes. Der Sachverhalt der Hierarchie wurde im Zusammenhang mit Begriffen der Macht, Verantwortung und Abhängigkeit diskutiert.

Diagnostische Urteilsprozesse - "verhaltensorientiert - nicht verhaltensorientiert" *

Eine Konkretisierung der engagierten Diskussion, die in der Voruntersuchung übrigens fast denselben Verlauf nahm, erfolgte in einem Schaubild durch die Analogsetzung hierarchischer Positionen in Altenpflegeeinrichtungen mit einer Hierarchie von unterschiedlichen Begriffen, die in der Basis konkrete, einzelne Verhaltensweisen aufwies, in der Spitze dagegen abstrakte, verallgemeinerte Begriffe (Etiketten) zeigte. Anhand dieser Analogsetzung wurde verdeutlicht, daß Pflegende in höheren Positionen, und noch mehr Angehörige von Berufen mit akademischer Ausbildung häufiger wissenschaftliche Begriffe (Konstrukte) be-

*In diesem Zusammenhang wurden die im Lernmaterial A 2.1.1 und A 2.1.3 verwendeten Begriffe durch eine vergleichende Übung als unangemessene Zuschreibungen zu Persönlichkeitseigenschaften aufgedeckt.

nutzen, 'untere' Positionen sich dagegen solche Urteile weniger zutrauen. Mit Hilfe von Grafiken konnte die Notwendigkeit kontinuierlicher Verhaltensbeobachtung "an der Basis" durch die Pflegenden verdeutlicht werden. Nach dieser erlebnisreichen Phase erfolgte die eingehende Erläuterung der Unterschiede zwischen Beobachtungs- und Theoriesprache, der systematischen Beobachtung von Verhaltensdaten und von Kriterien zur Angemessenheit abstrakterer Urteile. Die Notwendigkeit von Selbstbeobachtung, Selbsterfahrung und der Erfahrungsaustausch mit Betroffenen wurden hierbei hervorgehoben. Ziel der gesamten Lerneinheit war es, daß die Teilnehmer lernen, ihre Sichtweisen und ihre Sprache "verhaltensorientierter" zu gestalten. Systematische Verhaltensbeobachtung wurde auf diese Weise als ein Schritt präventiver Hilfe charakterisiert.

2.1.6 Lerneinheit 9 (TN⁺: 62 %)

Zusammenfassende Wiederholung und Vertiefung von Einzelthemen

Hier wurden vor allem Kenntnisse über die Differenzierung: Selbstbild - Fremdbild und die wesentlichen Kriterien des diagnostischen Urteilsprozesses vertieft und gefestigt.

Im Verlauf der Woche war der Tendenz mehrerer Teilnehmer zur Beschönigung der Situation alter Menschen im Heim mehrfach entgegengewirkt worden. Ein erlebnismäßiger "Durchbruch" gegenüber eigenen Schutz- und Abwehrmechanismen konnte erst erzielt werden, indem die Ergebnisse einer Übung aus der zweiten Lerneinheit vorgestellt wurden: Hier hatten die Teilnehmer Antworten auf die Frage gesucht: "Wie reagiert der alte Mensch, wenn ich als Pfleger Gefühle wie Unzufriedenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Unterlegenheit u.a.m. nur wenig beachte?" Die Zusammenfassung dieser Ergebnisse (vgl. Anhang A, 2.1.2) machte wie erwartet zum ersten Mal erlebbar, daß viele Teilnehmer für sich das Bedürfnis haben, sich vor Hilflosigkeit zu schützen und sich deshalb vermehrt auf die Seite derjenigen stellen, die zur Beschönigung der Altenpflegesituation neigen. Dadurch, daß diese Teilnehmer nun ihre Betroffenheit äußerten, fühlten sich die zuvor sensibleren Pflegerinnen besser verstanden. Dieses löste eine intensive Aussprache über Beziehungen in der Gruppe aus.

2.2 LERNABSCHNITT 2

RAHMENTHEMA: GESPRÄCHSFÜHRUNG

2.2.1 Lerneinheit 11 (TN⁺: 62 %)

Transfer

In dieser Lerneinheit wurde über die Anwendbarkeit der Lerninhalte des vergangenen Lernabschnittes gesprochen. Ansatzweise wurden fördernde und hemmende Transferbedingungen erarbeitet.

Der Rahmen für psychologische Betreuung

Wesentlich war hier, durch eine Zusammenfassung der Lernziele zur psychologischen Betreuung den Einstieg in das Thema zu erleichtern. Dargestellt und diskutiert wurden Rahmenaspekte wie: Merkmale verschiedener Personen, Orte und Betreuungssituationen bei systematischer Hilfe. Vertieft wurden folgende Aspekte: Situationsabhängigkeit von Verhalten und Erleben; Involviertheit; Deutung von Verhaltensanzeichen (z.B. nonverbale und psychovegetative Reaktionen); wichtige Kennzeichen und Mechanismen eines Vertrauensverhältnisses; berufstypische Grundkonflikte und Aspekte der Dauerbeziehung.

2.2.2 Lerneinheit 12 (TN⁺: 67 %)

Gezielte psychologische Betreuung als komplexe Handlungsstrategie

Anhand einiger Beobachtungshilfen (vgl. Anhang, A, 2.2.1) wurde zunächst zwischen verschiedenen Stufen psychologischer Betreuung unterschieden. Auch dieses Lernmaterial wurde so angelegt, daß sich alle einzelnen Teilnehmer einer Reaktion nur schwer entziehen konnten (hier: welche Prioritäten setze ich in meinem Arbeitsablauf? Reagiere ich vermehrt auf somatische oder auch psychische und soziale Probleme?)

Nach einer intensiven Diskussion über die Rolle des Gespräches in der Altenpflege, über Möglichkeiten und Grenzen der verfügbaren Arbeitszeit, über die praktische Bedeutung des Personalschlüssels und der Schichtarbeit wurden daraus Entscheidungshilfen für die Indikation von helfenden Gesprächen abgeleitet. Im Verlauf dieser Lerneinheit wurde

das Prinzip der psychologischen Betreuung als komplexe Handlungsstrategie eingeführt und an Beispielen erläutert. Als Konsequenz aus diesem Problemlösemodell erfolgte die Einführung von "Gepäckverträgen" als Mittel, Verpflichtung für Handlungsexperimente zu übernehmen.

Alternspsychologie

Hier wurden wesentliche neuere Erkenntnisse der Sozialpsychologie über die psychologischen Aspekte des Alterns und verschiedene Belastungssituationen dargestellt.

2.2.3 Lerneinheit 13 (TN⁺: 90 %)

Konsequenzen aus alternspsychologischen Erkenntnissen

Im Rahmen einer Weiterführung des Themas Alternspsychologie erfolgte die Auseinandersetzung über Aktivierungs- bzw. Trainingsmöglichkeiten und Voraussetzungen im Selbstbild alter Menschen.

Aspekte der Beziehung zwischen Bewohnern und Betreuern

Nach der Arbeit in einer Kleingruppe wurden die wichtigsten allgemein und individuell bedeutsamen Anteile des Verhaltens herausgearbeitet. Themen der anschließenden intensiven Gruppeninteraktion waren hier: Eifersucht zwischen Bewohnern bei verstärkter Einzelfallhilfe und Reaktionen der Pflegenden; Aspekte einseitiger Machtausübung und der Verantwortungsübernahme für das Wohl des Bewohners; die Selbstbestimmung alter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen; persönliche Schwierigkeiten von Helfern und ihr Einfluß auf die Beziehung zu alten Menschen; die Rolle der Sprache und Prinzipien kooperativer Gesprächsführung (vgl. Kapitel III, 1.2.3).

2.2.4 Lerneinheit 14 (TN⁺: 83 %)

Personenzentrierte Gesprächsführung

Anhand einer Videodemonstration wurden wesentliche Handlungsziele und Haltungen personenzentrierter Gesprächsführung eingeführt. Nach einer vertiefenden Einordnung helfender Gesprächsführung in das Problemlöse-schema und den Rahmen gezielter psychologischer Betreuung wurde der durch ein Gespräch angestrebte Lernvorgang erläutert. Mit Hilfe eines

Kurzreferates und verschiedener Folien erfolgte eine Darstellung von Prinzipien und Zielen der partnerzentrierten Gesprächsführung, wesentlicher Bedingungen des Helferverhaltens sowie von Anwendungsbereichen und Eingrenzungen bei der Betreuung alter Menschen im Heim. Diskutiert wurden hier auch spezielle Probleme der beruflichen Rolle, insbesondere unter den Gesichtspunkten der Personenmerkmale, Position und Ordensschwester. Weitere Themen waren spezielle Kommunikationsprozesse durch Merkmale wie Selbstöffnung, Annehmen-Können von Hilfe, "soziale Krankmacher", Konsequenzen der Verantwortungsübernahme durch den Helfer.

2.2.5 Lerneinheit 15 (TN⁺: 83 %)

Differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen des alten Menschen

Nach der eher kognitiv ausgerichteten Einführung in die Gesprächsführung wurde hier die Grundlage empathischen Verstehens durch eine stärkere Gewichtung von Selbsterfahrungselementen gelegt. Eine Übung "Gefühle, was sind das eigentlich?" (vgl. Anhang, 2.2.3) diente dazu, die Teilnehmer zunächst für eigene Gefühle und Konsequenzen der Selbstöffnung zu sensibilisieren. Die Unterschiede zwischen den Teilnehmern in der Bereitschaft, sich anderen gegenüber zu öffnen, stellten den Aufhänger für die Diskussion über die psychische Situation des Bewohners während eines helfenden Gespräches dar. Die Teilnehmer entwickelten zunehmend ein tieferes Verständnis für die Ängste, die mit der Äußerung von intimen Gefühlen verbunden sein können.

Nach der Vorstellung der Skala zur "Selbstauseinandersetzung" (vgl. Anhang, 2.2.6) wurde diese Diskussion vertieft. Schwierigkeiten und Prinzipien der "verhaltensorientierten Einschätzung von Gefühlen" wurden angesprochen. Die Lerneinheit schloß ab mit Übungen zur Einordnung von Bewohneräußerungen in die Skalenstufen. Diese Übung wurde als sehr hilfreich empfunden und am folgenden Vormittag fortgesetzt (LE: 17).

2.2.6 Lerneinheit 16 (TN⁺: 44 %)

Exkursion: Besuch einer Sozialstation

Die Auflockerung des intensiven Lernprogrammes durch eine Exkursion erwies sich unter didaktischen Gesichtspunkten als sehr günstig. Die

Teilnehmer lernten die Arbeitsweise ambulanter Krankenpflege kennen.

Diskussionspunkte waren auch hier konkrete Arbeitsprobleme durch die unzureichende psychosoziale Versorgung alter Menschen in der offenen und "stationären" Altenpflege. Über Möglichkeiten präventiver Hilfe und der engeren Zusammenarbeit mit Pflegenden aus Sozialstationen erfolgte ein Erfahrungsaustausch. Die Teilnehmer wurden über mögliche Aufgaben dieser Institution im Rahmen der Gemeindepsychologie informiert.

2.2.7 Lerneinheit 17 (TN⁺: 73 %)

Helfendes Verhalten

Im Anschluß an die Fortsetzung der Übung zur "Selbstauseinandersetzung" vom Vortag erfolgte eine vertiefende Einführung kommunikations- und sprachtheoretischer Grundlagen kooperativer Hilfe. Dabei wurde verbales und nonverbales Verhalten als Signalverhalten beschrieben und mit Hilfe der zuvor durchgeführten Übung konkretisiert. Es schlossen sich erste Rollenspiele zum Helferverhalten an.

Nach einer weiteren Übung zum einführenden Verstehen durch schriftliches Lernmaterial wurden die Teilnehmer angehalten, Gefühle des Gegenübers in eigenen Worten wiederzugeben. Nach der Diskussion von Lösungsversuchen der Rollenübernahme wurde die Skala "Ansprechen von Gefühlen" (vergleichbar der Skala Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte) vorgestellt und an Beispielen ausführlich verdeutlicht. Diese Lerneinheit schloß mit der Erprobung von Helferverhalten im Paargespräch ab. Fortgesetzt wurde dieser Übungsteil am kommenden Vormittag, der jeweils eine Vertiefung einzelner Themenbereiche der Woche vorsah.

2.2.8 Lerneinheit 19 (TN⁺: 50 %)

Zusammenfassende Wiederholung und Vertiefung von Einzelthemen

Zunächst sollten die Teilnehmer die einzelnen Lerneinheiten im Zusammenhang des Themenschwerpunktes Gesprächsführung bewerten. Vorrangig wurden hier verschiedene Beziehungsaspekte während des Hilfeprozesses vertiefend diskutiert (so z.B. Gefühle gegenseitiger Hilflosigkeit in

schwierigen Situationen; Strategie kleiner Beobachtungseinheiten und Hilfsschritte gegenüber der Erwartung großer Veränderungen usw.). Danach erfolgte ein vertiefendes Training von Gesprächsverhalten und begleitend die Diskussion anderer Ansatzpunkte von umfassenderer Einzelfallhilfe.

2.3 LERNABSCHNITT 3

RAHMENTHEMA: STERBEBEGLEITUNG UND "NOTSIGNALS"

2.3.1 Lerneinheit 21 (TN⁺: 94 %)

Erfahrungsaustausch über Änderungsversuche

Nach einem ausführlichen Bericht der Teilnehmer über ihre Handlungsexperimente wurde über die Notwendigkeit der Selbstkontrolle als wichtige Voraussetzung für angemessene Hilfe zur Selbsthilfe gesprochen. Themen waren in diesem Zusammenhang auch Verhaltensprobleme der Unter- und Überversorgung. Bedingungen professioneller Hilfe und die Notwendigkeit fortlaufender Erfolgskontrolle bildeten weitere Gesprächsinhalte.

2.3.2 Lerneinheit 23 (TN⁺: 98 %)

Sterbebegleitung: Möglichkeiten und Voraussetzungen psychologischer Hilfe

Anhand eines Überblickes über wesentliche Gesichtspunkte des Themenbereiches schätzten die Teilnehmer Voraussetzungen und Möglichkeiten gezielter Hilfe ein. Vorrangig waren hier folgende Diskussionspunkte: die eigene Betroffenheit; die Bedeutung des "emotional Unerledigten"; der Einfluß eigener Vorstellungen auf das Akzeptieren und Wahrnehmen von Wünschen, insbesondere von weniger religiösen Bewohnern; Bedingungen menschenwürdigen Sterbens; die Bedeutsamkeit eines Vertrauensverhältnisses und mitmenschlicher Solidarität; Möglichkeiten der Umsetzung dieser Forderung; das Verhalten Angehöriger; Möglichkeiten der Vorsorge.

Wünsche an das eigene Sterben - menschenwürdiges Sterben

An diese Sammlung der für die Teilnehmer wichtigsten Gesichtspunkte schloß sich eine Übung in der Kleingruppe mit dem Thema: "Was verbindet mich mit meinem eigenen Tod und Sterben?" an.

In der anschließenden Auswertung kristallisierte sich die Schwierigkeit vieler Teilnehmer heraus, nicht bis zur letzten Konsequenz in ausreichendem Maße zuhören und akzeptieren zu können, daß andere unterschiedliche Vorstellungen über den Verlauf ihres Sterbens haben. Die Betroffenheit dieser Teilnehmer wurde besonders deutlich, weil sie gleichzeitig sahen, daß es ein sehr grundlegendes Recht darstellt, eine andere Meinung zu menschenwürdigem Sterben zu haben. U.a. auf die folgenden Fragen wurden Antworten gesucht: Darf man Sedativa geben? Wie kann ich dem Sterbenden zeigen, daß ich diesen letzten Weg mit ihm gehe; wie kann ich auf seine Angst reagieren? Wie kann ich einschätzen, ob das vom Sterbenden Geäußerte wirklich sein Wunsch ist? Enttäuscht uns der Sterbende durch einen von unseren Vorstellungen abweichenden Wunsch?

Angesprochen wurde in dieser Lerneinheit schließlich das Vermeidungs- und Fluchtverhalten vieler Teilnehmer gegenüber dem Sterben, sowie Schuldgefühle und überhöhte, unrealistische Ansprüche an die Begleitung todkrankter Menschen.

2.3.3 Lerneinheit 25 (TN⁺: 89 %)

Sterben als Verlust: Erlebnisse von Sterbenden und Helfern

In dieser Lerneinheit wurde über die Gefühle gesprochen, die die häufige Konfrontation mit dem Sterben und der Endlichkeit des Daseins beim Einzelnen auslösen.

Über folgende Aspekte erfolgte eine intensive Auseinandersetzung: Versuche des Selbstschutzes gegenüber Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Zweifeln; Akzeptierenkönnen von Glaubenszweifeln des Sterbenden; Zurückgeworfenwerden auf die Frage nach dem Sinn des Lebens; Zweifel an dem Glauben an ein Leben nach dem Tod.

Themen, die sich direkter auf die Hilfe für Sterbende bezogen, waren z.B.: das Verhalten gegenüber gläubigen, nichtgläubigen und vermeintlich glaubensstarken Bewohnern; Ermöglichung von mitmenschlicher Solidarität, Vertrauen und beidseitiger Selbstöffnung.

Fragen, die sich hieraus ergaben, waren z.B.: Wie vermittelt sich, daß ich durch die häufige Erfahrung mit lebensbedrohlicher Erkrankung andere Maßstäbe an das Leiden und das Leben anlege? Welche Auswirkungen hat meine Art, den Glauben zu vertreten, auf den Sterbenden? Welche Mechanismen der Erlebnisverarbeitung von Schwerkranken und Sterbenden sind wichtig? Wie kann ich darauf reagieren? Wie kann ich einen Sterbenden unterstützen, die Wahrheit über seinen Zustand selbst zu finden? Woran kann ich wahrnehmen, wie weit der Sterbende von sich aus über seine Zukunft sprechen möchte? Kann ich zuhören und den anderen akzeptieren? Wie kann ich Versuche des alten Menschen fördern, sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen?

Vorsorge - akute Hilfe - Nachsorge

Hier sollten die Teilnehmer psychologische Aufgaben bei der Sterbebegleitung kennenlernen. Ein vorgestelltes Schema diente als allgemeine handlungsanleitende Systematisierung psychologischer Aufgaben von Pflegenden in spezifischen Betreuungssituationen. Einzelne Phasen der Hilfe (Vorsorge - akute Hilfe - Nachsorge) und der Umgang mit verschiedenen Personen (Bewohnern, Angehörigen, Mitgliedern des Teams und Hilfe für sich selbst) wurden eingehend erläutert und gemeinsam erarbeitet. Die allgemeine Systematisierung stellte eine Konkretisierung des bislang im Seminar Erlernten dar.

2.3.4 Lerneinheit 27 (TN⁺: 90 %)

Gespräche mit Sterbenden und ihren Angehörigen

Phasen des Sterbeprozesses

In dieser Lerneinheit stand zunächst die Erarbeitung einzelner Phasen der Erlebnisverarbeitung lebensbedrohlicher Erkrankungen im Vordergrund. Das Phasenschema nach Kübler-Ross, 1969 wurde vorgestellt; Erweiterungen vor allem im Hinblick auf die emotionale Verarbeitung chronischer Erkrankungen wurden diskutiert. Mit wachsender Sensibilisierung für das Kommunikationsverhalten Sterbender und besonderer Bedingungen der Situation versuchten die Teilnehmer auf problematische Äußerungen Antworten zu finden. Dieses Erproben von Helferverhalten erfolgte hier als Konkretisierung der Erkenntnisse über Gesprächsfüh-

rung in der zweiten Seminarwoche. Die genannten Reaktionen wurden auf ihre Angemessenheit hin bewertet. Dadurch konnte die Anwendung von Kriterien der Rückversicherung und situativen Erfolgskontrolle vertiefend erarbeitet und eingeübt werden.

Euthanasie als Entscheidungsproblem

Nach der Differenzierung zwischen passiver und aktiver Euthanasie galt die Diskussion der Erkenntnis, dieses Problem zum einen als moralisch-ethisches Problem zu begreifen. Hier wurde die historische Belastung des Begriffes durch das Nazi-Regime angesprochen. Verschiedene Fallbeispiele dienten zur Konkretisierung der Differenzierung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe.

Auf der anderen Seite wurde die Betroffenheit der Teilnehmer an dem Prozeß der Euthanasie hervorgehoben. Unter dem Aspekt des menschenwürdigen Sterbens galt es, Sterbehilfe als Entscheidungsproblem zu erfassen. Nicht nur der Patient und der Arzt sind die Entscheidenden, sondern vor allem die Schwester, die Informationen über den Zustand und die Wünsche des Sterbenden erfaßt, weitergibt oder vorenthält. Sterbehilfe wurde begriffen als ein besonderes Praxisproblem, welches intensive Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen erfordert.

2.3.5 Lerneinheit 28 (TN⁺: 98 %)

"Notsignale des alten Menschen" I

- a) Einführung
- b) Hinweise zum Umgang mit einsamen, selbstunsicheren, depressiven und selbstmordgefährdeten Bewohnern

In dieser Lerneinheit wurde unter Berücksichtigung sozialepidemiologischer und symptomatologischer Erkenntnisse eine Einordnung wichtiger Beobachtungs- und Urteilsprozesse in das Problemlösemodell und die Strategie psychologischer Hilfe vorgenommen.

Das wiederholte Anwenden allgemeiner Kriterien zur angemessenen Einschätzung der psychischen Situation von Bewohnern diene zur Verdeutlichung fließender Grenzen zwischen Normalität und psychischen Problemen mit Krankheitswert.

Psychosoziale Versorgungsstruktur

Hier wurde untersucht, welche Einflüsse von unterschiedlichen Institutionen (Krankenhaus/Altenwohn- und Pflegeeinrichtung) und Personen (Heimleitung, Arzt, Pflegende) auf die Einstellung von Pflegenden zu psychischen Problemen ausgehen. Das Ausmaß psychischer und sozialer Probleme in Altenpflegeeinrichtungen wurde in Relation gesetzt zu verschiedenen Berufen (Personengruppen), die Hilfe leisten können.

"Medizinalisierter Personalschlüssel"

Die Definition des Personalschlüssels durch somatische Pflegebedürftigkeit wurde hinterfragt und der eigene Arbeitsaufwand für seelische Hilfe eingeschätzt. Verbindungen zur Psychiatrie und Psychosomatik wurden erläutert.

Psychologische Indikationen

Gesprächsthemen waren hier: Wodurch wird das Verständnis von Normalität und Krankheit im beruflichen Alltag geprägt? Welche Bedeutung hat es für den Einzelnen, daß psychosoziale Aufgaben von Pflegenden weder im Berufsbild noch im Personalschlüssel, in der Ausbildung oder auch im Selbstverständnis der Einrichtung hinreichend verankert sind?

Somatisch - biologische Sichtweise psychischer Probleme

Diskussionspunkte waren hier: Vererbbarkeit psychischer Probleme und die Überprüfbarkeit dieser These; somatische Korrelate psychischer Probleme; Tendenz zur Individualisierung sozialer Probleme; Probleme der Zuschreibung psychischer Störungen zu Einzelpersonen; vorschnelle Zuordnung seelischer Probleme zum Fachgebiet der Psychiatrie.

Psychologisch - soziale Sichtweisen psychischer Probleme

Folgende Stichworte kennzeichnen die in diesem Zusammenhang erarbeiteten Themen: Erklärungsmöglichkeiten durch den Begriff der "Multikausalität"; Stellenwert der sozialen Rolle des alten Menschen und seiner Biographie; der Begriff des "sozialen Erbes"; situationsspezifische Faktoren:

a) im Makro-Bereich: wie z.B. Institutionalisierungseffekte; Altenpflegeeinrichtungen als geschlossene ("totale") oder offenere In-

stitution; und

- b) im Mikro-Bereich: Interaktionsvariablen - Verstärkungs- und Abwehrmechanismen; Einstellungen und Verhaltensweisen in der Kommunikation mit Bewohnern.

Nach dieser einordnenden Wiederholung des bisherigen Lernstoffes in das Leitthema der Lerneinheit wurden einzelne Problembereiche angesprochen.

Generelle Fragestellungen waren hier: Welches sind wesentliche Entstehungsmechanismen? Welche Anhaltspunkte zur Einschätzung dieser Probleme gibt es? Welche Hilfsmöglichkeiten sind durch Pflegende zu verwirklichen?

Die folgenden Stichworte konkretisieren diesen thematischen Verlauf.

Einsamkeit

Besonderheiten der Einsamkeit im Alter; Vergleichbarkeit eigener Einsamkeitsgefühle mit denen alter Menschen; Möglichkeiten der Vorbeugung und Hilfen zur Verminderung dieses Gefühles.

Selbstunsicheres Verhalten und vermindertes Selbstwertgefühl

Kennen einzelne Pflegende die zugehörigen Gefühle und Verhaltensweisen? Welche Auswirkungen hat dieses auf das Verhalten gegenüber alten Menschen?

Depressives Verhalten und Erleben

Die eigene Einstellung zu depressiven Gefühlen; warum werden Helfer durch depressive Gefühle tendenziell überfordert? Umgang mit Resignation, Verallgemeinerungstendenz, Gefühlen der Leere, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen und "Erpressungen".

Bedeutung von Psychopharmaka; Lebensveränderungen durch Überweisungen in ein Landeskrankenhaus; Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen.

Suizidgefährdung

Möglichkeiten der Früherkennung, Prävention und Nachsorge; Verhalten in Krisensituationen.

Besonders über die beiden letzten Problembereiche wurde in dieser Lerneinheit intensiv gesprochen.

2.3.6 Lerneinheit 29 (TN⁺: 54 %)

Zusammenfassende Wiederholung und Vertiefung von Einzelthemen Wiederholungen

Vertiefende Vergegenwärtigung des Einflusses eigener Einstellungen und Erlebensweisen auf das Verhalten gegenüber psychisch beeinträchtigten und sterbenden alten Menschen.

Zusammenfassung: Möglichkeiten und Grenzen im Gebrauch des Notsignal- "Kataloges"

Nutzen und Gefahren.

Zusammenfassende Bewertung von Möglichkeiten und Grenzen psychologi- scher Hilfe beim Einzelnen

Die Bedeutung der eigenen Lernvoraussetzungen und Möglichkeiten der Umstellung des Arbeitsablaufes.

Verhaltensvorsätze

Weitere Konsequenzen für verändertes Verhalten im Rückblick dieser Woche; Stellenwert der "Selbstkontrolle"; "Gepäck-Verträge".

Problemlöseversuche in der Gruppe

Thematisierung der Fragen: Wie wurden die angesprochenen Probleme dieser Woche im Rückblick betrachtet von der Gruppe angegangen? Konnten die Lernziele wie "Akzeptierung" und "Begleitung bei emotionalen Belastungen" schon im Gruppenrahmen verwirklicht werden? Hatten die Teilnehmer den Mut, sich vor allem durch das Einlassen auf Zweifel verunsichern zu lassen? Hatten sie den Mut, hilflos sein zu dürfen? Was bedeutet es für den einzelnen, anderen zu helfen, indem sie ihn "durch Konflikte hindurch begleiteten"?

2.4 LERNABSCHNITTE 4 UND 5

RAHMENTHEMA: "NOTSIGNALLE" UND TEAMARBEIT

2.4.1 Lerneinheit 32 (TN⁺: 71 %)

Transfer, Wiederholung und Fragen zu den bisherigen Studienwochen

Transferversuche

Die Teilnehmer berichteten zunächst über zwischenzeitliche Änderungsversuche. Hieraus wurden weitere spezielle fördernde und hemmende Transferbedingungen abgeleitet. Mit Hilfe eines groben verhaltensanalytischen Schemas erfolgte die Diskussion allgemeiner Einflußmöglichkeiten zur Umsetzung von Erlerntem. Auch hier diente das Problemlösemodell als hilfreiche Orientierung.

Wiederholung und Vertiefung einzelner Themenbereiche

Nach einer Zusammenstellung aller bisherigen Themenangebote wählten die Teilnehmer folgende zur wiederholten Bearbeitung aus:

- o Selbstbild - Fremdbild - Differenzierung
- o verhaltensorientierte Beobachtung: Einschätzung intra-psychischer Vorgänge und damit verbundener Urteilsprozesse
- o Selbstauseinandersetzung - Ansprechen von Gefühlen - zu erwartende psychische Veränderungsprozesse beim Gesprächspartner - Konsequenzen für gezielte psychologische Betreuung

2.4.2 Lerneinheit 33 (TN⁺: 66 %)

"Notsignale des alten Menschen" II

Selbstinstruktion - Fremdregulation

Dieser Lerneinheit über weitere "Notsignale des alten Menschen" haben wir das Thema Selbstinstruktion vorgeschaltet: Zunächst wurden fördernde und hemmende Kognitionen in Streßsituationen, die sich auch durch den häufigen Umgang mit psychisch belasteten alten Menschen für Pflegende ergeben, dargestellt und erläutert. Gesprochen wurde über wichtige Einflüsse eigener Bewertungen auf das Verhalten und Erleben im beruflichen Alltag. So konnte problematisches Pflegeverhalten über die eigene Betroffenheit als erlern- und verlernbares Verhalten thema-

tisiert werden. Mit Hilfe dieser Erkenntnisse wurden Bewertungen des Bewohnerverhaltens als Fremdregulation im Sinne einer interaktionellen Einflußnahme auf das Selbsthilfepotential von Bewohnern herausgestellt.

Selbsthilfeinitiativen - Selbsthilfegruppen

Eine Vertiefung der im vergangenen Lernabschnitt gewonnenen Erkenntnisse erfolgte am Beispiel depressiven Verhaltens und Erlebens: psychische Prozesse bei diesem Problembereich wurden unter dem Gesichtspunkt der Selbstregulation als erlerntes Verhalten und Erleben diskutiert. Besonderes Gewicht wurde hier der Rolle der Selbsthilfe von Bewohnern beigemessen. Auch auf andere Problembereiche bezogen wurden Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen (-gruppen) in Altenpflegeeinrichtungen eingehend diskutiert.

Erkennen und Reagieren auf betreuungsbedürftige psychische Probleme

Mit Hilfe von Erläuterungen über Beobachtungs- und Urteilsprozesse (verhaltensorientierte Beobachtung; Beobachtungsfehler; Urteilsprozesse bei der Anwendung abstrakterer Klassifikationsbegriffe) und einzelner "Notsignale" erfolgte eine Vertiefung folgender Gesprächsthemen:

- o Erkennen betreuungsbedürftiger Einzelheiten im Verhalten und Erleben von Bewohnern
- o Formulierung von Einzelzielen im Hinblick auf veränderte Bewohnerhandlungen und veränderte Helferhandlungen
- o Erproben von Helferverhalten

Durch diese Lernabschnitte wurden die Teilnehmer angehalten, Prinzipien gezielter psychologischer Betreuung als komplexe Handlungsstrategie im Einzelfall tiefer zu begreifen und Erkenntnisse über Problemlöseprozesse auf die eigenen Pflegerhandlungen anzuwenden. Vor allem wurden in diesem Zusammenhang Regeln bei der Beobachtung psychischer Zusammenhänge wiederholt angewendet. Inhaltlich standen die folgenden Problembereiche im Vordergrund: psychosomatische Störungen, Prozesse der erlebnismäßigen Verarbeitung physischer Langzeiterkrankungen und Störungen im Sozialverhalten.

Ablehnung psychologischer Hilfe - Verantwortungsübernahme für den Helfer

Als wesentliches Praxisproblem schloß sich an diese Lernschritte eine intensive Diskussion über die alten Menschen an, "die sich nicht helfen lassen wollen". Ursachen hierfür und extreme Reaktionen von Pflegenden, bei denen diese zunehmend Verantwortung für das Wohl eines Bewohners übernehmen, wurden angesprochen: Probleme der fixierung des-orientierter Bewohner, Medikamentierung durch Psychopharmaka, u.U. auch ohne Wissen des Bewohners; Entscheidungen treffen über Bewohner, die ihren Handlungsspielraum entscheidend einschränken; Umgang mit entmündigten Bewohnern; Verbote und Zurechtweisungen; Restriktionen durch herrschende Interaktionsregeln eines Hauses.

2.4.3 Lerneinheit 34 (TN⁺: 80 %)

Konflikte und Konfliktlösung im Team

Konfliktarten - Kooperation vs. Konkurrenz - Konfliktbeendigung

Anhand von Beispielen wurden diese 3 Aspekte einführend dargestellt, weiter erarbeitet und diskutiert.

Bedingungen für Konflikteskalationen (z.B. Bedrohung, Mißtrauen, Fehlwahrnehmungen) stellten das Hauptthema bei der Behandlung beobachtbarer Konflikte dar. Im Hinblick auf Prozesse der Kooperation und Konkurrenz wurden verschiedene Kennzeichen erläutert sowie Beobachtungshinweise gegeben und erarbeitet. Die Teilnehmer diskutierten im Rahmen der Konfliktbeendigung über die Bedeutung eigener konfliktträchtiger Verhaltensweisen, Gefühle und Einstellungen.

Individuelle Konfliktlösungsstrategien

Durch einen zwischen den Teilnehmern evozierten Konflikt konnte den Teilnehmern verdeutlicht werden, daß die Anwesenden verschiedene Strategien verfolgen, um aktuelle Konflikte zu beenden. Vor allem der Rolle der erlebnismäßigen Verarbeitung (z.B. durch Projektion, Beschönigung, Denunzierung, Bagatellisierung) wurde ein großes Gewicht beigegeben, als die Teilnehmer ihre unterschiedlichen Sichtweisen aufarbeiteten.

Metadiskussion

Hier schließlich wurden unterschiedliche Strategien benannt und weiter analysiert. Die emotionale Betroffenheit der Konfliktpartner zeigte den emotional weniger beteiligten Pflegenden die Bedeutung gefühlsmässiger Anteile. Hieraus wurden Konsequenzen abgeleitet für diejenigen Teilnehmer, die häufiger in Konflikte mit Mitarbeitern verwickelt sind.

2.4.4 Lerneinheit 37a (TN⁺: nicht erhoben)

Exkursion: Besichtigung eines Altenwohnheimes in Oldenzaal/Niederlande

Auch während dieser Besichtigung lernten die Teilnehmer andere Arbeits- und Wohnformen kennen. Ein Altenheim in den Niederlanden war ausgewählt worden, weil dieses Land über eine fortschrittlichere psychosoziale Versorgungsstruktur verfügt als die Bundesrepublik Deutschland. Diskutiert wurde über die private, wohnliche Atmosphäre des Hauses, über die Offenheit der Institution (starke Einbindung in die Gemeinde), über die gesetzlich verankerte Grundrente, über die jeder niederländische Staatsbürger verfügen kann und über die Bedeutung dieser Regelung für das psychische Befinden von Bewohnern. Auch wurde über spezielle Probleme gesprochen, die sich durch verstärkte Pflegebedürftigkeit für die Bewohner, die Institution und die Pflegenden ergeben.

2.4.5 Lerneinheit 37b (TN⁺: nicht erhoben)

Erfahrungsaustausch und Orientierungshilfen für die weitere Arbeit

Nach einer ausführlichen Besprechung von Transfererfahrungen der Teilnehmer wurden weitere Orientierungshilfen gegeben. Ansatzpunkte für die weitere Arbeit ergaben sich aus der vertiefenden Analyse fördernder und hemmender Transferbedingungen. Inhaltlich rückten im Verlauf dieser Lerneinheit die Themen "Selbstregulation", "Streßtheorie und Strategien zur Lösung von Mitarbeiterkonflikten" noch einmal in den Vordergrund.

Neben Rückmeldungen über Erlebnisse während des seminarabschließenden Kolloquiums (LE: 35), erfolgte schließlich ein weiterer Austausch über

Erfahrungen, die die Teilnehmer durch die Exkursion (LE: 37a) gewonnen hatten.

2.4.6 Lerneinheit 38 (TN⁺: 75 %)

"Notsignale des alten Menschen" III

Problemgebiete: starke Ängste (Phobien), Zwangsverhalten, Desorientierung

Zunächst wurden wesentliche Indikatoren für diese Problemgebiete nach und nach dargestellt, sowie auf dem Hintergrund der Teilnehmererfahrungen erläutert. In die symptomatologische Beschreibung ging weiter eine vertiefende Erklärung des (vereinfachten) verhaltensanalytischen Schemas ein. Verschiedene Verhaltenssequenzen wurden an Praxisbeispielen gezeigt und der Stellenwert des Pflgerverhaltens herausgestellt. Vor allem die Aufrechterhaltung von Ängsten durch Vermeidungsverhalten diskutierten die Teilnehmer sehr intensiv. Folgende Gesprächsthemen schlossen sich an: Verhaltensformung/-beeinflussung durch andere; "soziales Erbe" und Institutionalisierungseffekte, Hilfsmöglichkeiten durch die Pflegenden, psychotherapeutische Möglichkeiten und Grenzen; Erfolgsaussichten; Symptome, bei deren Auftreten weitere fachliche Hilfe in Anspruch genommen werden sollte.

Personalschlüssel - Zusammenarbeit zwischen Medizin und Klinischer Psychologie

Im Anschluß an die Gespräche über Hilfen im Einzelfall wurde die Problematik der psychosozialen Versorgung, insbesondere des Personalschlüssels erneut diskutiert. Die Darstellung historischer Bedingungen für eine eher medizinische Ausrichtung des Altenpflegeberufes und Möglichkeiten institutionalisierter oder konsiliarischer Tätigkeit von Klinischen Psychologen dienten zur Aufklärung der Teilnehmer über neue Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Pflegebericht und Beispiele

Diese Thematik führte zur Aufstellung einiger Regeln bei der Formulierung eines Pflegeberichtes. In diesem Zusammenhang wurde noch einmal der Stellenwert psychosomatischer Störungen in der alltäglichen Arbeit der Praxisexperten erörtert.

2.4.7 Lerneinheit 40 (TN⁺: 64 %)

Wie kann ich meine Seminarerfahrungen weitergeben?

Diese das Gesamtseminar abschließende Lerneinheit sollte Gelegenheit geben, noch einmal über Möglichkeiten der Multiplikatorentätigkeit zu sprechen. Zum einen wurden hier nochmals die Notwendigkeit gegenseitiger Unterstützung während der Teamarbeit und die Grenzen der Belastbarkeit des einzelnen angesprochen.

Hauptthema war jedoch die Möglichkeit zur Initiierung von Gesprächskreisen im Rahmen hausinterner Fortbildung.

Um die Voraussetzungen für einen verstärkten gegenseitigen Erfahrungsaustausch zu schaffen, wurden Anregungen für das Verhalten in Kleingruppen gegeben, die Rolle eines Gruppenleiters näher charakterisiert und bisherige Erfahrungen in diesen Verhaltensbereichen ausgetauscht. Übungen zu diesem sehr erfolgversprechenden Tätigkeitsbereich wurden nicht durchgeführt, weil sich verhältnismäßig wenige Teilnehmer zutrauten, hier eine formellere Rolle einzunehmen.

In Abänderung der ursprünglichen Planung wurden die Teilnehmer im Rahmen dieser Lerneinheit um eine abschließende Einschätzung des Gesamtseminars gebeten.

2.5 ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN UND KONSEQUENZEN

In diese thematische Skizze der Lerneinheiten konnte die Darstellung pädagogisch-therapeutischer Vermittlungsprozesse nur sehr vereinzelt einfließen.

Einen großen Stellenwert nahmen die Elemente der berufsbezogenen Selbsterfahrung ein; bei den ersten Themenbereichen erfolgte zuvor oder punktuell im Verlauf der jeweiligen Lerneinheit eine Darstellung theoretischerer Inhalte. Hier wurden die Themen gemeinsam erarbeitet, Charakteristika spezifischer Betreuungssituationen festgehalten und vielfach in ähnlichen thematischen Zusammenhängen wieder aufgegriffen. Mit Hilfe vieler Einzelfälle wurden Hilfsmöglichkeiten gemeinsam gesucht und durch verschiedene Medien erprobt.

Neben Lerneinheiten, die den Transfererfahrungen der Teilnehmer gewidmet waren, erfolgte - häufig "zischendurch" - eine Metadiskussion

über wesentliche Prozesse der Fortbildung und des Lernens.

Konsequenzen Wir möchten an dieser Stelle einige Erfahrungen schildern, die wir mit dieser Seminarkonzeption gemacht haben.

An den entwickelten Lernmaterialien (vgl. A, 2) hat sich vor allem bewährt, daß die Teilnehmer durch die Konzeption gehalten waren, Stellung zu Problemen zu nehmen, die sie im Alltag eher zur Seite schieben. Vor allem war es durch schriftliche Übungen möglich, alle Teilnehmer gleichzeitig zu fordern. Dieses erschwerte Einzelnen, sich hinter Äußerungen Anderer zu "verstecken". Allerdings ist zu beachten, daß nicht zu viele schriftliche Übungen eingesetzt werden sollten.

Die vorläufige Unterteilung in die 5 Rahmenthemen hat sich dem Qualifikationsstand der hier beteiligten Personengruppen als angebracht erwiesen. Insbesondere dem Thema Teamarbeit müßte jedoch noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Ergebnisse, die wir später darstellen, bestätigen dieses wie die Notwendigkeit, sich einzelnen psychischen Problemen, wie z.B. psychosomatischen Erkrankungen, Desorientierung oder spezifischen Ängsten und Wahnvorstellungen mehr zu widmen. Auch sind Suchtprobleme, z.B. Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit unter dem Aspekt der Randgruppe stärker zu gewichten. In einem "Grundkurs" wie er hier vorgestellt wurde, sollten nach unseren Erfahrungen jedoch nicht zu viele verschiedene Einzelprobleme behandelt werden. Vielmehr ist es erforderlich, Aufbaukurse und Supervisionsangebote für die Teilnehmer eines Grundkurses anzubieten. Umgekehrt scheint es wenig sinnvoll, spezifischere Themen anzubieten, wenn Teilnehmer nicht zuvor an einem solchen oder vergleichbaren Grundkurs teilgenommen haben. Die Bestimmung der Eingangsqualifikation für weiterführende Angebote sollte sich an den im Fortbildungskonzept formulierten Kompetenzen orientieren.

Ein anderer Aspekt ist die Länge des Kurses. Die Teilnahme an einer vierwöchigen Fortbildung berührt bereits die Grenze der personellen Belastbarkeit vieler, vor allem kleiner Altenpflegeeinrichtungen. Es ist bei der Wiederholung von Unterrichts- bzw. Therapievorhaben dieser Art stets zu prüfen, welche Qualifikationsvoraussetzungen die Teilnehmer mitbringen, um das Konzept optimal auf die jeweils vorhandene

Gruppe zuschneiden zu können. Dazu sind jeweils neue empirische Erhebungen vor Beginn des Kurses ratsam. Allerdings ist zu überlegen, ob vielleicht ein Kurs mit ausschließlich psychologischen Themen angeboten, ebenfalls sinnvoll erschiene. Dagegen spricht derzeit noch die geringe Möglichkeit der meisten Altenpfleger und Krankenschwestern, außerhalb der 4 Wochen Kenntnisse über die anderen auch wichtigen Fachgebiete zu erlangen. Unter dem Anspruch interdisziplinärer Teamarbeit ist hier vor allem die Kooperation mit Psychiatern und Sozialarbeitern anstrebenswert.

Zur Zielgruppe ist zu bemerken, daß nach den ersten Eindrücken Pflegende aller Positionen, Arbeitsbereiche und Qualifikationen von den Themenangeboten profitieren konnten. Die Probleme betreffen ja auch alle Gruppen in ähnlicher Weise - es ist lediglich die Frage, mit wie großem Aufwand der Einzelne darauf reagieren sollte. Dieses zu klären, hat der personenzentrierte Ansatz wesentlich beitragen können.

Keinesfalls verzichtet werden sollte in einem Grundkurs auf die eng verbundenen Themenbereiche Beobachtungs- und Urteilsprozesse sowie "Notsignale des alten Menschen". Hier sind Vertiefungen kontinuierlich sinnvoll und angebracht, wenngleich es im Gegenteil in unseren Seminaren immer wieder auch erforderlich war, stark zu vereinfachen und auf Einzelfallhilfe hin abzuheben. Es dürfte wesentlich sein, ob von seiten des Gruppenleiters durchsichtig, d.h. verstehbar gemacht werden kann, daß es immer wieder erforderlich ist, seine eigenen Urteile und Wahrnehmungen zu überprüfen. Auch sollte es unserer Meinung nach transparent gemacht werden, daß es im psychiatrisch orientierten Klassifikationsdenkschema gravierende Urteilsprobleme gibt und weiterhin geben wird.

Eine letzte Bemerkung schließlich zum Thema der Sterbebegleitung. Es kann hier nur angedeutet bleiben, daß besonders in diesem Bereich viele Hilfsmöglichkeiten durch Pflegende möglich sind. Einige Beispiele sind die frühzeitige Förderung der Auseinandersetzung mit der Endlichkeit, die Förderung mitmenschlicher Solidarität und die Nachsorgemöglichkeiten, wenn ein Mitbewohner verstorben ist. Hier vor allem stehen Institutionen, die lebensbedrohlich Kranke betreuen und besonders Al-

tenpflegeeinrichtungen, vor der Bewährungsprobe, ob Menschlichkeit gewollt oder institutionellen Sachzwängen untergeordnet wird. Der derzeitige, nicht zu verleugnende Stand ist hier, daß Pflegendе gezwungen sind, zu lernen, mit ihrer Überforderungssituation besser zurecht zu kommen. Und wie jeder Sachkenner weiß, ist dieses nur die Spitze des Eisberges.

3

TRANSFERANALYSE

3.1

EINLEITUNG

Die Transferierbarkeit inhaltlich und methodisch erarbeiteter Erkenntnisse ist für berufliche Fortbildung allgemein von grundlegender Bedeutung. Neuere Konzepte der Erwachsenenbildung versuchen zwar, dieser Forderung z.B. durch stärkere Teilnehmerorientierung nachzukommen (vgl. z.B. FÜLLGRAF, 1978), doch sind der institutionelle Kontext der Erwachsenenbildung und auch die Mehrzahl erwachsenbildnerischer Methoden (z.B. Vorträge, Referate, aber auch Texterarbeitung in Kleingruppen oder 'teamteaching') eher darauf angelegt, kognitive Lerninhalte überzubetonen. Relativ kurze Lerneinheiten (Tages- oder Wochenendseminare, Abende) und eher rezeptive Vermittlungsmethoden bestimmen noch immer das Bild von Weiterbildungen in diesem Rahmen. Die Umsetzung von Erlerntem gehört häufig nicht zum expliziten Ziel erwachsenbildnerischer Veranstaltungen, wenngleich der Lernkontext natürlich soziales Lernen erheblich fördern mag.

Aus der hier vorgestellten Perspektive kann durch herkömmliche erwachsenbildnerische Methoden allein das zu erreichende Ziel beruflicher Fortbildung, d.h. eine veränderte Praxis, nur schwer oder überhaupt nicht erreicht werden.

Auch im Rahmen der Psychotherapie wird der Transferierbarkeit der im therapeutischen Prozeß erarbeiteten Veränderungen zunehmend größeres Gewicht beigemessen. Die Kontrolle des vom Patienten Umgesetzten erfolgt vor allem in der Verhaltenstherapie, z.B. durch die Erstellung einer Baseline, von "Hausaufgaben", durch das Besprechen von Handlungsexperimenten zwischen einzelnen Therapiesitzungen usw. Auch

in diesem Bereich existieren jedoch nur wenige Kenntnisse über fördernde und hemmende Bedingungen für die Umsetzbarkeit des in einer Psychotherapie Erlernten. Dieses ist auch schwierig zu definieren, weil individuelle Verhältnisse beim Patienten sehr unterschiedliche Bedingungen zur Umsetzbarkeit ergeben.

Anders ist es in dem hier beschriebenen Arbeitsfeld: Der situative Kontext "Altenpflegeeinrichtungen", die berufliche Rolle eines Altenpflegers und die allgemein vergleichbare Situation von alten Menschen in Pflegeinstitutionen ergeben ein relativ homogenes soziales Umfeld, in dem Initiativen zur Praxisveränderung vorgenommen werden müssen.

Im folgenden sollen Bedingungen beschrieben werden, die die Umsetzung des in einer psychologischen Fortbildung Erlernten eher fördern oder hemmen.

Diese Bedingungen zu kennen, ist für die Fortbildungspraxis von herausragender Relevanz, weil dadurch Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit besser eingeschätzt werden können. Wenn es im Rahmen einer Fortbildung gelingt, die Teilnehmer für solche fördernden und hemmenden Bedingungen zu sensibilisieren und sie darüberhinaus zu befähigen, hierauf aktiv Einfluß zu nehmen, kann dieses als optimaler Fall gelten.

Im Hintergrund dieser Überlegungen steht folgendes:

- o Die Teilnehmer sollen Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung des eigenen Praxisfeldes realistisch einschätzen lernen.
- o Sie sollen auf dieser individuellen Grundlage angemessene Ansprüche an ihr eigenes Verhalten und Erleben stellen lernen.
- o Sie sollen auf diese Weise eine Art Selbstkontrolle für Veränderungen erlernen, indem sie Voraussetzungen für Veränderungen erkennen und bei konkreten Punkten ansetzen, um diese Voraussetzungen zu schaffen.
- o Sie sollen so für Multiplikatorenwirkungen ihres Verhaltens sensibler werden und hieraus Multiplikatorenaufgaben ableiten.
- o Und schließlich können Transferanalysen den Teilnehmern erste Lernerfolge transparent machen. Die Besprechung von Handlungsexperimenten stellt insofern einen starken Motivationsanreiz für die "Aktivierung von Intentionen" dar, einem Element der pädagogisch-therapeu-

tischen Strategie des hier vorgestellten Fortbildungskonzeptes.

3.2 FÖRDERNDE UND HEMMENDE TRANSFERBEDINGUNGEN

Die Besprechung von Handlungsexperimenten der Teilnehmer erfolgte unter dem Thema Transferanalyse vor allem in der ersten Lerneinheit des jeweiligen Lernabschnittes (LE 11; 21; 31; 37b). Diese Rückmeldephasen stellten wesentliche Informationsquellen für die folgenden Ausführungen dar.

Fördernde und hemmende Transferbedingungen lassen sich vorläufig 4 Bereichen zuordnen:

1. Bedingungen der Institution
2. Kontakt mit Mitarbeitern
3. die Person des Pflegenden
4. Kontakt mit Bewohnern

3.2.1 Bedingungen der Institution bzw. "Station"

Hierunter fällt als wichtigstes der Faktor Personalmangel und dadurch entstehender Zeitdruck: pflegerische Aufgaben haben gegenüber betreuenden um so mehr Priorität, je mehr behinderte Patienten in ihren Grundbedürfnissen wie Hunger, Durst, Hygiene u.a. versorgt werden müssen. Für ein Gespräch, eine eingehendere Zuwendung bleibt bei starkem Personalmangel objektiv keine Zeit mehr, weil die nächste Person gepflegt werden muß.

Ein anderer Faktor, durch den Änderungsversuche erheblich erschwert werden, ist ein übermäßig stark geregelter Tages- und Pflegeablauf, der vor allem typisch für Pflegestationen in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist. Hier bleibt aus organisatorischen Gründen kein Raum für Eigeninitiativen eines Pflegenden. In manchen Krankenhäusern kommt eine relativ hohe Patientenfluktuation durch häufige Verlegungen in ein (angeschlossenes) Altenpflegeheim hinzu. Kontakte werden so abgebrochen, bevor Hilfe zum Tragen kommen konnte.

3.2.2 Kontakt mit Mitarbeitern

Handlungsexperimente wurden in diesem Bereich vor allem durch die folgenden Bedingungen erstickt oder erschwert: keine Regelungen über Absprachen in besonderen Fällen; wenig oder keine Möglichkeit, über persönliche Belastungen mit Mitarbeitern zu sprechen; selten oder nie Mitarbeiterbesprechungen; starke Konflikte blieben ungelöst.

Eine wichtige hemmende Bedingung ist es auch, wenn Mitarbeiter das Gefühl bekommen, Änderungsinitiativen würden zu ihren Lasten unternommen, z.B. indem sie dann mehr arbeiten müßten oder weniger befriedigende Dinge erledigen sollten. Äußerungen von Mitarbeitern sind dann z.B.: "Jetzt sollen wir das machen, was Du liegen läßt...?" Solche Gefühle von Mitarbeitern führen schnell zu Vorwürfen, z.B. der Teilnehmer suche sich nur das "Angenehme" heraus.

Mitarbeiter zeigen gegenüber dem Versuch, verstärkt psychologische Hilfe anzubieten, aber auch offene Ablehnung. Angriffe oder kollektive Abwertung sind nicht selten, wie die folgenden Beispiele verdeutlichen mögen: Zwei Teilnehmer wurden nach einer Seminarwoche abfällig empfangen mit: "Jetzt kommen die Studierenden". Eine andere Teilnehmerin zog sich die Bezeichnung "Professor Hastig" zu, weil sie für seltenere und kürzere Zigarettenpausen plädierte; eine Mitarbeiterin reagierte gegenüber anderen Kollegen ironisch auf die Initiative der Teilnehmerin mit "Ach laß man ..., das legt sich wieder ...". Häufiger hörten die Teilnehmer an ihrem Arbeitsplatz Äußerungen wie: "Sie sollen mal lieber arbeiten, statt zu erzählen!" Ein weiterer Extremfall sei hier angeführt, obwohl er nicht aus dem Kreis der hier besprochenen Teilnehmer stammt: Auf die Initiative, sich häufiger zu Bewohnern zu setzen, um mehr über ihre Bedürfnisse zu erkunden und hier zu helfen, hatte eine Kollegin reagiert: "Du versaut uns die total!"

Neben der Umkehrung der oben genannten Faktoren ist es die wichtigste fördernde Bedingung für Änderungsversuche, wenn sich der Teilnehmer durch andere Mitarbeiter besser anerkannt fühlt (z.B. in schwierigen Situationen von Mitarbeitern um Rat gefragt wird, als Ansprechpartner gegenüber Bewohnern eingeschaltet wird oder wenn schwierigere und verantwortungsvollere Aufgaben an ihn herangetragen wurden). Auch gaben einige Teilnehmer an, daß sie nicht nur in Gesprächen, sondern auch

in hausinternen Fortbildungsgruppen über Inhalte des Kurses berichtet hätten. Besonders bestätigend wirkte es für einige Teilnehmer, als sie bemerkten, daß andere Mitarbeiter jetzt von sich aus Dinge tun, die sie zuvor nicht getan hätten. Sie erklärten diese Veränderungen nicht nur durch ihr Modellverhalten, sondern auch dadurch, daß sie unterstützend gewirkt hätten.

So wünschten sich beachtlich viele Teilnehmerinnen auch für sich selbst Unterstützung "von oben", d.h. die Mithilfe der Heimleitung, des Arztes oder gegebenenfalls der Stationsleitung. Ohne diese Unterstützung sehen diese Teilnehmer ihr Bemühen um verbesserte psychologische Hilfe als Einzelkämpfertum an.

3.2.3 Die Person des Pflegenden

Ob sich ein Teilnehmer einem Einzelkämpfertum gewachsen fühlt oder nicht, hängt wesentlich davon ab, ob er sich für emotional belastungsfähig hält, sich schnell angegriffen fühlt und überempfindlich reagiert, ob er zu selbstsicherem Auftreten in der Lage ist, ob er selbst gegenüber Meinungen von Mitarbeitern Offenheit zeigt und insofern beziehungsfähig ist und schließlich, ob er in der Lage ist, eigenes Verhalten zu kontrollieren, ohne sich in eigenen Fähigkeiten zu überschätzen.

Neben diesen Bedingungen ist die grundlegende Einstellung hinderlich, es sei "nichts drin", was man verändern könne, oder "alten Menschen könne man sowieso nicht mehr helfen".

3.2.4 Kontakt mit Bewohnern

Ermutigend wirkte für die Teilnehmer, wenn alte Menschen ihre Änderungsversuche positiv bewerteten. Besonders die (überraschende) Erfahrung einer positiven Verhaltensänderung wirkte motivierend, z.B. die Erfahrung "Gespräche ersetzen Tabletten" oder: "Heute kann ich wieder mit ihr sprechen". Ihr Entgegenkommen und auch ihr Interesse an der Fortbildung der Teilnehmerin ("Wo fahren Sie denn nächste Woche hin?") gab den Pflegenden neue Zuversicht.

Hemmend auf Änderungsversuche wirkten dagegen vor allem Mißtrauen, Zu-

rückhaltung und Verslossenheit von Bewohnern oder Aggressionen und Abwehr gegen Veränderungen wie: "Lassen Sie mich doch, ich kann doch nicht" und ähnliches.

3.3 KONSEQUENZEN

Für alle hier beschriebenen Bedingungen gilt, daß sie als kurzfristige oder langfristige Konsequenzen in die Handlungsexperimente von Teilnehmern eingehen. Soll psychologische Fortbildung erfolgreich sein, so müssen nach den bisherigen Erfahrungen diese Bedingungen als besondere Ansatzpunkte aufgefaßt werden: Eine Veränderung psychosozialer Versorgungsstrukturen erfolgt vor allem über diese "Angelpunkte", die damit zu einem expliziten Thema der Fortbildung avancieren.

4 "NOTSIGNALLE DES ALTEN MENSCHEN ODER: Charakteristika häufiger Kommunikationssituationen zwischen Pflegenden und Bewohnern, die als "schwierig" empfunden werden

4.1 EINLEITUNG

Mit der folgenden Darstellung wird die schwierige Aufgabe angegangen, Situationsmerkmale zu charakterisieren, die sich durch die besondere körperliche und psychische Situation alter Menschen (in Pflegeeinrichtungen) ergeben. Auf der einen Seite können die folgenden Merkmale als: "vorrangig durch den Bewohner bestimmt" gelten; es gehen hierin aber ebenso Interaktionsmechanismen zwischen Pflegenden und Bewohnern ein. Den Anteil der Pflegenden und anderer Bezugspersonen zu bestimmen, ist eine ebenso wichtige Aufgabe, die hier jedoch nicht angestrebt wurde.

Die Zusammenstellung häufiger, auf als "schwierig" empfundene alte Menschen zutreffender Merkmale manifestiert tendenziell ein negatives Bild von den alten Menschen. Ich möchte mit der Darstellung von "Notsignalen" das gegenteilige Ziel erreichen, nämlich, alte Menschen in ihrer besonderen Situation besser zu verstehen. Viele der zusam-

mengetragenen Merkmale stellen solche Hilferufe dar. Sie werden im Alltag von Pflegenden aus Gründen des Personalmangels häufig übergangen.

In die Darstellung gehen auch äußere Merkmale der Person ein, die im Rahmen der Personwahrnehmung häufig eine große Bedeutung einnehmen. Unter dem hier beschriebenen Gesichtspunkt ist z.B. "Bettlägerigkeit" nicht allein ein Merkmal somatischer Pflegebedürftigkeit, sondern ebenso psychologischer und sozialer Betreuungsbedürftigkeit.

Zum besseren Verständnis der Daten sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich auf die Ausführungen im Methodenteil (II, 5.6) und die den "Notsignal-"Katalog" begleitenden Erläuterungen hingewiesen.

Die folgende Aufstellung ist das Ergebnis einer Auswertung von Sichtweisen der Pflegenden. Die Prozentwerte geben an, bei wievielen der als "schwierig" empfundenen Bewohner diese Merkmale ihrer Meinung nach zutreffen.

Die Ergebnisdarstellung erfolgte bewußt nicht in Anlehnung an die im Notsignal-"Katalog" angegebenen Überschriften. Damit soll noch einmal verdeutlicht werden, daß Konstrukte zwar pragmatisch für (psychopathologische) Klassifikationen hilfreich sein können, die Begriffe jedoch zu abstrakt bleiben müssen, um im Einzelfall hinreichende Aussagen und Interventionen zu ermöglichen.

4.2 ALTER UND GESCHLECHT DER BEOBACHTETEN STICHPROBE

Die Einschätzungen beziehen sich auf 10 männliche und 26 weibliche Personen mit einem Durchschnittsalter von 76.69 Jahren ($s = 8.61$). Im Vergleich zur "normalen" Verteilung dieser drei Merkmale in Altenpflegeeinrichtungen (vgl. z.B. SCHMITZ-SCHERZER, et al., 1978) gehen in diese Stichprobe geringfügig mehr männliche Personen ein. Auch sind sie im Schnitt ein wenig jünger.

4.3

MERKMALE HÄUFIGER KOMMUNIKATIONSSITUATIONEN

Darstellung der Ergebnisse

Tabelle III-1: Merkmale häufiger Kommunikationssituationen
(Einschätzungen von "Notsignalen alter Menschen" durch
trainierte Beobachter; Analyse von N=36 Einzelfällen)

Bei 86 %:

- der Bewohner kann keine zwei Stockwerke hinauf und wieder hinunter gehen

Bei 83 %:

- er ist schnell erschöpft

Bei 81 %:

- der Bewohner klagt sehr häufig über sein eigenes Leiden, seine Krankheit und darüber, wie schlecht es ihm geht

Bei 78 %:

- er leidet stark unter dem Verlust seiner körperlichen Leistungsfähigkeit
- nachts schläft er oft unruhig
- er besucht andere Personen im Haus nicht

Bei 75 %:

- seine Stimmungen wechseln rasch (heiter - traurig; unternehmungslustig - gelähmt usw.)
- er hat wenig Interessen oder Hobbies
- er freut sich sehr über Besuch - oft kann er es kaum abwarten

Bei 72 %:

- er ist manchmal aus unersichtlichem Grund erregt
- er leidet unter Gehstörungen
- er führt insgesamt nur wenige sinnvolle Tätigkeiten aus (z.B. liest nicht, beschäftigt sich nicht usw.)
- er tut sehr wenig von sich aus (kann es unter Umständen nicht)

Bei 69 %:

- er fühlt sich sehr stark als Kranker und Gebrechlicher
- er hat manchmal nur wenig Einfälle

Bei 67 %:

- er beschäftigt sich sehr ausgiebig mit seinem Befinden ("Wie werde ich wohl schlafen"; "Ich möchte keinen Besuch, ich muß mich ausruhen" usw.)
- er wirkt oft bedrückt
- er stöhnt oft
- er hat Angst, immer abhängiger und hilfloser zu werden
- er ist oft müde und abgeschlagen

Fortsetzung Tabelle III-1

- er verlangt direkt oder indirekt nach Zuwendung
- er fühlt sich schnell hilflos
- allgemeine Schwäche der Muskulatur
- er ist nicht in der Lage, eine Viertelstunde spazieren zu gehen

Bei 64 %:

- er lacht selten oder gar nicht
- er nimmt von sich aus selten Kontakte zu anderen auf
- er hat keine oder nur wenig Kontakte zur Außenwelt
- er leidet unter unbestimmbaren Organbeschwerden
- er spricht oft davon, daß er bestimmte Dinge nicht mehr können wird (z.B. laufen, lesen, sich erinnern usw.)
- durch seine körperliche Beeinträchtigung kann der Bewohner Dinge, die er früher besonders gern getan hat, nicht mehr tun (z.B. Gehstörungen - spazierengehen; Schwerhörigkeit - Musikliebhaber; auch: Rauchen; Süßigkeiten essen bei Alterszucker usw.)

Bei 61 %:

- der Bewohner hat starke Angst vor der Verschlimmerung seines Zustandes
- er spricht wehmütig und sehnsüchtig von seinem früheren Zuhause
- er wirkt oft schwermütig, bedrückt, traurig und niedergeschlagen
- er äußert sich resigniert und verbittert über Dinge und Personen ("Man kann ja doch nichts mitmachen" u.ä.)
- er ist manchmal sehr verzweifelt, quält sich mit sich selbst, ist hin- und hergerissen;
- er leidet unter Kreislaufstörungen
- er bekommt regelmäßig mittelstarke oder starke Schlafmittel
- er kann sich nicht gut allein beschäftigen

Bei 58 %:

- er hat das Gefühl, überflüssig zu sein, nichts mehr zu gelten, nicht mehr wichtig zu sein
- er leidet unter häufigen Spannungszuständen ("Steifer Nacken"; "schweren Gliedern"; auch: Unbeweglichkeit in der Bewegungskoordination)
- er langweilt sich oft
- er fühlt sich oft unverstanden
- manchmal bemerkt man ein "trotziges Murren"
- er hat Angst vor einschneidenden Veränderungen seiner Lebenssituation (z.B. daß ein neuer Bewohner in sein Zimmer kommt, daß er in ein Mehrbettzimmer verlegt werden müßte o.ä.)

Fortsetzung Tabelle III-1

- er fühlt sich manchmal als jemand, der sich anpassen muß an Bedingungen, die er nicht selbst gewählt hat
- er vergewissert sich stark, ob jemand für ihn da ist
- er leidet unter Ermüdbarkeit
- Verdauungsstörungen
- er achtet ängstlich auf jede Unpäßlichkeit; macht sich Sorge um jede Veränderung von Appetit, Verdauung, Stuhlgang und Wasserlassen
- manchmal tut er so, "als drehe sich alles nur um ihn"; er kann nicht verstehen, wieso sich andere nicht für seine Krankheit interessieren; er scheint im Moment nur sich selbst zu sehen
- er kann sich schlecht über die Krankheiten anderer unterhalten

Bei 56 %:

- er fühlt sich als Belastung für andere ("Ich bin nur eine Last"; "Ich mache Ihnen nur Arbeit")
- er ist fast immer allein
- er zieht sich von Veranstaltungen und Gruppen zurück
- er will oft allein sein
- er beginnt selten ein Gespräch mit anderen (in verschiedenen Situationen)
- er sagt oft nichts, wenn er mit anderen zusammen ist
- er "nörgelt" häufiger
- er setzt sich selten Ziele, hat selten etwas vor
- er läßt das Lebensnotwendige passiv mit sich und an sich geschehen
- er verhält sich ängstlich und unruhig vor Anforderungen
- er leidet unter dem Verlust einer verstorbenen Person
- er klagt oft, sieht vieles negativ; wirkt gequält
- betont immer wieder, daß er nicht so gesund ist, nicht mehr so gut kann und leidet darunter
- wenn bestimmte Ereignisse bevorstehen (z.B. der Friseur kommt nachmittags), ist er schon früh sehr aufgeregt und nervös

Bei 53 %:

- er traut und mutet sich wenig zu
- er vergleicht sich selten mit Schwerstkranken
- er hat häufig das Gefühl, benachteiligt zu werden
- er möchte am liebsten "bedient werden" oder verlangt dieses auch energisch
- er kann nicht ohne fremde Hilfe den Wohnbereich verlassen; sich nicht ohne Hilfe innerhalb des Hauses bewegen

Fortsetzung Tabelle III-1

- er ist sehr traurig, wenn Besuch weggeht
- er fühlt sich abgeschoben
- er "schwärmt" von seinen früheren Fähigkeiten
- er grübelt oft
- er meidet notwendige, aber unangenehme Auseinandersetzungen
- beim Sprechen: Zittern in der Stimme, sich versprechen, stammeln
- er geht nicht in den Gemeinschaftsraum auf der "Station"
- er hat bei gemeinsamem Essen wenig Kontakt zu seinem Tischnachbarn

Bei 50 %:

- der Bewohner bekommt selten oder nie Besuch
- er hat insgesamt starke Verlustgefühle und grübelt ständig darüber nach
- Gefühle innerer Verkrampfung
- Panikgefühle
- allgemeine Anspannung
- gehäuftes Wasserlassen
- er beschimpft oder beschuldigt andere häufiger
- er kann sich häufiger nicht entscheiden
- er beteiligt sich selten oder nicht an organisierten Gruppenveranstaltungen
- er fühlt sich scheinbar unwohl in größerer Gemeinschaft (z.B. auch: "Ich will nicht in den Speisesaal - bringen Sie mir das Essen doch bitte aufs Zimmer")
- er lehnt häufiger Hilfe ab, die Veränderungen in seinem Verhalten zur Konsequenz hätten
- er wirkt Dingen und Personen gegenüber oft gleichgültig und uninteressiert
- er sagt häufig "immer", "alles", "nie" (verallgemeinert sehr stark)
- er verhält sich häufig teilnahmslos, "läßt sich durch nichts begeistern"
- er kann vieles allein, wenn niemand da ist (gehen, sich waschen, bücken usw.), aber weniger, wenn andere dabei sind
- er wirkt manchmal sehr "wehleidig" (er will "bedauert werden"; lehnt Hilfsangebote ab usw.)
- er unternimmt von sich aus nur selten Anstrengungen, um eine Besserung zu erzielen, obwohl dieses möglich wäre
- der alte Mensch hat Angst vor dem Sterben, dem Tod und dem Nachher

Fortsetzung **Tabelle III-1**

-
- er hat Angst davor, leiden zu müssen - Angst vor Siechtum
 - er hat resigniert aufgegeben, positiv mit seiner Krankheit umgehen zu können
 - der Bewohner weint oft, auch ohne unmittelbaren, ersichtlichen Anlaß
-

4.4 INTERPRETATION UND KONSEQUENZEN

Wir möchten noch einmal hervorheben, daß es sich bei den obigen Angaben um eine relativ kleine Anzahl alter Menschen handelt, auf die diese Merkmalsbeschreibungen zutreffen: Sie beziehen sich auf jeden 2. alten Menschen in Altenpflegeeinrichtungen (mindestens 50 %) derjenigen Gruppe, die von Pflegenden als "schwierig" empfunden werden.

Diese Kommunikationsmerkmale stellen Hinweise auf verschiedene Probleme dar:

- o Sie spezifizieren die schwere psychische Situation alter Menschen in Pflegeeinrichtungen,
- o sie können - jedes Notsignal ("Symptom") für sich genommen - als Anhaltspunkte für die besondere Betreuungsbedürftigkeit gelten ("Interventionskriterien"),
- o sie können als Interventionshilfen dienen, z.B. indem Pflegenden in diesem Teilaspekt Gegengewichte schaffen oder dieses anregen, indem sie bei der Bewältigung einzelner Situationen vorbeugend Hilfestellungen anbieten,
- o sie klären auf neue Art, daß Symptomatologien und Klassifikationen psychischer Krankheiten nicht zwangsläufig notwendig sind, denn es handelt sich hier nicht um Symptome von Krankheiten, sondern um Hinweise auf die besondere Situation psychisch belasteter alter Menschen,
- o sie können Hinweise darauf geben, wie eng die Begriffsbildung mit der Urteilsbildung und damit dem eigenen Verhalten in Verbindung steht,

- o sie zeigen die Notwendigkeit, Pflegende bei der Bewältigung dieser Kommunikationssituationen durch gezielte Fortbildung zu unterstützen,
- o sie können als Grundlage für die Konzipierung spezifischer Übungen zur Gesprächsführung dienen,
- o sie machen deutlich, daß der Betreuungsaufwand für diese alten Menschen wesentlich mehr Zeit in Anspruch nimmt, als in dem an somatischen/psychiatrischen Kriterien ausgerichteten Personalschlüssel vorgesehen ist,
- o und schließlich stellen diese Ergebnisse eine wichtige Grundlage zur Neuformulierung des Personalschlüssels dar. Sie können dabei behilflich sein, die psychische und soziale Betreuungsbedürftigkeit näher zu bestimmen. Dieses ist die wesentliche Konsequenz, die wir aus den Ergebnissen ziehen können.

TEIL IV: E R G E B N I S S E

0

ÜBERBLICK

Nachdem wir im vergangenen Praxisteil theoretische und praktische Ergebnisse zur Fortbildung dargestellt haben, wollen wir im folgenden empirische Resultate zur Effektkontrolle des klinisch-psychologisch orientierten Seminars vorstellen. Neben Ergebnissen, die im engeren Sinne die Evaluation des durchgeführten Lernprogrammes betreffen, führen wir weitere empirische Argumente für die Intensivierung klinisch-psychologischer Fortbildung an.

Die umfangreichen, zum Teil sehr detaillierten Ergebnisse geben vertiefend Einblick in Problemstrukturen des Arbeitsfeldes "Klinische Psychologie in der Arbeit mit alten Menschen".

Anliegen dieses Modellversuches war es hierbei, mehr darüber zu erfahren, wie die Pflegenden selbst ihre qualifikatorischen Voraussetzungen, ihre Praxis und die Fortbildung betrachten. Ein geschlossenes Bild ergibt sich erst durch die Einbeziehung der bisher gewonnenen Daten zur Arbeits- und Bildungssituation, den Erkenntnissen über beeinflussende Transferbedingungen sowie den Ergebnissen zu charakteristischen Kommunikationssituationen. Die Veränderungsdaten sind vor diesem Hintergrund zu sehen.

Die Darstellung der Resultate zur Effizienzprüfung haben wir in 6 Teilen gegliedert:

Teil 1: Der Lernstil der Teilnehmer und erste Lernerfolge

dient zunächst zur Aufklärung der Frage, inwieweit verschiedene, für das Vermittlungsmodell typische Vorgehensweisen bei den Teilnehmern auf Resonanz gestoßen sind. Dieses ist eine wesentliche Voraussetzung für die Rückführbarkeit von Veränderungen auf das klinisch-psychologisch orientierte Seminar.

Teil 2: Lernzuwachs im Bereich allgemeiner psychologischer Qualifikationen

beschreibt nach einer methodischen Einführung Veränderungen, die die Teilnehmer unmittelbar auf die Teilnahme am Seminar

zurückführen.

Teil 3: Veränderungen spezieller Probleme durch die Fortbildung
schlüsselt zwischenzeitliche Veränderungen durch eine Vorher-Nachher-Untersuchung weiter auf. Es handelt sich hier um Veränderungen bei den Kompetenzen, deren Ausgangslage wir bereits im ersten Hauptteil dieser Studie eingehend beschrieben haben. Auch diesem Ergebnisteil ist eine methodische Einführung vorgeschaltet. In einem weiteren methodischen Exkurs haben wir zuvor untersucht, ob die 3 Untersuchungsgruppen hinsichtlich dieser Qualifikationsvoraussetzungen vergleichbar sind.

Teil 4: Zusammenfassende Vergleiche zwischen der Versuchsgruppe und den Kontrollgruppen

bildet den Kern der Effizienzkontrolle. Wir weichen hiermit von dem üblichen Vorgehen ab, zunächst einen Überblick über wichtige Ergebnisse zu geben und im Anschluß die Detailarbeit zu leisten. Teil 4 gibt mithin für den nur an einem Überblick interessierten Leser eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Teilen 2 und 3. Mit Hilfe dieses Überblickes nehmen wir eine erste Bewertung des Gesamtkonzeptes vor.

Teil 5: Veränderungen im persönlichen Bereich

bildet eine wichtige Ergänzung zur Beurteilung der Effizienz, indem dort vorrangig persönliche Veränderungen bei einzelnen Teilnehmern umschrieben werden.

Teil 6: Weitere Indikatoren für die Intensivierung Klinischer Psychologie mit Pflegenden

enthält schließlich neben anderen Effizienzkriterien Aussagen über langfristige Effekte des Seminares.

ERGEBNISTEIL: DER LERNSTIL DER TEILNEHMER UND ERSTE LERNER- FOLGE IM VERLAUF DES SEMINARES

ZUR ORIENTIERUNG

Dargestellt und interpretiert werden hier zunächst in verschiedenen Kontexten erhobene Resultate zum Lernstil der Teilnehmer (Abschnitt IV, 1.1 und IV, 1.2). Mit dieser Darstellung verfolgen wir das Ziel, in begrenztem Ausmaß Aussagen darüber zu machen, inwieweit das pädagogisch-therapeutische Konzept verwirklicht wurde.

Im Anschluß erfolgt die Darstellung von Ergebnissen zur seminarbegleitenden Transferkontrolle (Abschnitt IV, 1.3). Diese Ergebnisse dienen zur Verdeutlichung der Hauptschwierigkeiten bei der Umsetzung des Erlernten (vgl. dazu auch die Ergebnisse des Kapitels III, 3 "Transferanalyse").

Abschließend stellen wir in diesem Ergebnisteil die Teilnehmerbewertungen zur Relevanz einzelner Lerneinheiten vor. Es handelt sich hier um eine Zusammenfassung der Einzelergebnisse, die bereits im Rahmen des thematischen Seminarverlaufes mitdargestellt worden sind (vgl. Kapitel III, 2). Die zusammenfassende Darstellung gibt einerseits einen Überblick über die Relevanz klinisch-psychologischer Themen. Andererseits verfolgen wir mit dieser Darstellung das Ziel, Aussagen darüber zu machen, inwieweit zwischenzeitliche Veränderungen auf den klinisch-psychologischen Seminar- teil zurückgeführt werden können.

1.1

ERGEBNISSE ZU SEMINARBEGLEITENDEN RÜCKMELDUNGEN

(Bewertung einzelner Lernabschnitte)

Am Ende eines jeden Lernabschnittes wurden insgesamt 7 Fragenbereiche angeschnitten, davon waren 4 standardisiert und 3 offen formuliert (vgl. dazu den Rückmeldefragebogen zur Bewertung des jeweiligen Lernabschnittes im Anhang, 3.1.2 und die methodischen Erläuterungen zur Durchführung der Erhebung im Kapitel II, 4). Die Ergebnisse der standardisierten Fragen werden im folgenden dargestellt. Der interessierte Leser sei aber auf die Antworten zu den offenen Fragen verwiesen. Ins-

besondere die Resultate zu der Frage "Für mich persönlich war in dieser Woche am wichtigsten ..." geben einen guten Einblick in individuelle Veränderungen.

Darstellung Der erste Fragekomplex sollte vor allem klären, auf welcher "Ebene" (der Kognitions-, Verhaltens- oder Emotionsebene) die Teilnehmer vorrangig gelernt hatten.

Tabelle IV-1: Der erste Fragekomplex: Fragen zum Lernstil der Teilnehmer
(Angaben bei dieser und den folgenden 3 Tabellen in Prozent; N = 26; Erhebungen am Ende des 1., 2. und 3. Lernabschnittes (I, II, III))

	I	II	III	$\bar{x}$	
1. War für Sie diese Woche ergiebig,					
- weil Sie neues Wissen, neue Kenntnisse erworben haben	88	81	73	81	
- weil Sie neue Verhaltensmöglichkeiten für Ihren beruflichen Alltag kennengelernt haben	81	88	92	87	
- weil Sie neue Gefühle bei sich selbst entdeckt haben	65	73	31	56	
	N = 26	78	81	65	75

Beschreibung und Interpretation Zunächst fällt durch den Antwortanteil der Teilnehmer (75 %) auf, daß diese in einzelnen Wochen positive Lernerfolge aufweisen konnten. Die Ergebnisse bestätigen weiter die Erwartung, daß kognitive und verhaltensmäßige Anteile relativ besser (einfacher) erlernt werden können als emotionale. Wenngleich das Kennenlernen von Verhaltensmöglichkeiten noch nicht bedeutet, im Alltag Verhalten auch umsetzen zu können, zeigt der große Anteil der Antworten zu diesem Statement ($\bar{x}=87\%$), daß die Teilnehmer günstige Transferbedingungen "mit nach Hause" nehmen konnten (vgl. auch Frage 4.5 mit $\bar{x}=58\%$). Dieses betrifft außer dem psychologischen Anteil des Seminares auch die anderen Lerneinheiten. Überraschend ist hier, daß die Teilnehmer in der dritten Woche am wenigsten neue Gefühle bei sich selbst entdecken (31 % im Vergleich zu 65 % in der ersten Woche und 73 % in der zweiten Woche).

Bei der Vertiefung psychologischer Betreuung durch das Thema Sterben wäre dieses zu erwarten gewesen. Eine Interpretationsmöglichkeit ergibt sich durch die in der dritten Woche auffallend veränderte Antworttendenz bei dem 4. Fragenkomplex: Hier gaben die Teilnehmer im Vergleich zu den anderen beiden Wochen deutlich häufiger an, neue Formen des Umgangs miteinander kennengelernt zu haben, mehr Vertrauen zu sich selbst gewonnen zu haben und auf sachliche Fragen gestoßen worden zu sein, die sie früher nicht bedacht haben.

Diese auffallenden Veränderungen lassen folgenden vorsichtigen Schluß zu: Ein Thema, das für viele einzelne emotional belastend ist, wird von den Teilnehmern tendenziell versachlicht. Auch im Seminar zeigte sich, daß das Ausgangsniveau emotionaler Spannung in der dritten Woche vergleichsweise sehr hoch war. Therapeutisch-pädagogische Interventionen hatten in der Tat das Ziel, die Betroffenheit eher zu senken bzw. Hilflosigkeit und Ohnmacht gemeinsam ertragen zu lernen.

Zum 2. Fragenkomplex:

Darstellung

Tabelle IV-2: Der zweite Fragenkomplex: Fragen zum Lernstil der Teilnehmer
(Angaben in %)

	I	II	III	$\bar{x}$
2. Wie haben Sie in dieser Woche mitgearbeitet:				
- durch Zuhören	92	96	88	92
- durch Mitschreiben der wichtigsten Ergebnisse	92	96	69	86
- durch aktive Beteiligung	54	50	42	49
N = 26	79	80	67	76

Beschreibung und Interpretation Hier zeigt der Überblick eine für Erwachsenenbildungsseminare allgemeinere Tendenz: Nur die Hälfte der 26 Teilnehmer arbeiteten überdauernd "aktiv" mit. Eine Einschätzung, die von mir während des Seminares über die Mitarbeit einzelner Teilnehmer vorgenommen wurde, deckt sich in etwa mit dieser Selbsteinschätzung der Pflegenden. Die gewisse "Sprachlosigkeit" der Pflegenden gegenüber dem Thema "Sterben und Notsignale" in der dritten Woche, spiegelt sich auch in der relativ geringen aktiven Beteiligung wider.

Darstellung

Tabelle IV-3: Der dritte Fragenkomplex: Fragen zum Lernstil der Teilnehmer
(Angaben in %; *maximal 3 Kreuze bei 8 Antwortmöglichkeiten entspricht einer mittleren Trefferwahrscheinlichkeit von 38 %)

	I	II	III	$\bar{x}$
3. Wodurch haben Sie in dieser Woche am ehesten profitiert? (Sie können bis zu 3 Kreuze machen!)*				
- durch Referate	19	31	31	27
- durch Übungen	27	27	12	22
- durch Hinweise und Anregungen des Gruppenleiters	50	58	69	59*
- durch Gespräche in der Großgruppe (Plenum)	31	31	54	39*
- durch Gespräche in der Kleingruppe	62	15	12	30
- durch private Gespräche mit einzelnen Teilnehmern	15	23	31	23
- durch Modelle und Ausführungen im Tageslichtschreiber	42	35	31	36
- durch die Erarbeitung des Themas mit dem Gruppenleiter	46	73	73	64*
Stimmabgabe von N = 26 bei maximal 78 Antworten	97	97	100	98

Beschreibung und Interpretation Der 3. Fragenkomplex, der in einem sehr groben Raster Aspekte der Vermittlungsform abfragt, gibt wieder, daß der Hauptanteil des Lernens durch die "Erarbeitung des Themas mit dem Gruppenleiter" durch "Hinweise und Anregungen des Gruppenleiters" und durch "Gespräche in der Großgruppe" erzielt wurde. Bei diesen Statements liegen die Werte über den erwartbaren Trefferwahrscheinlichkeiten (gekennzeichnet durch ein *).

Indirekt ist zu erkennen, daß Kleingruppenarbeit mit zunehmender Seminarzeit in den Hintergrund trat. Dieses ist auf den Wunsch eines großen Teils der Pflegenden zurückzuführen. Referate, Übungen und private Gespräche mit einzelnen Teilnehmern bestimmten den Lernerfolg offensichtlich weniger.

Es ist hier folgendes anzumerken: Die Teilnehmer konnten nicht in der Lage sein, Mischformen bei den Lernmedien/Vermittlungsförmn so zu erkennen, daß sie sich in dieser Einschätzung hätten niederschlagen können. Es ist dieses vorrangig ein didaktisch-methodisches Problem, inwieweit auch solche Mischformen transparent gemacht werden können bzw. welches Ziel mit einer solchen Transparenz verfolgt wird. Solche Mischformen sind z.B.: Arbeit in Paaren in der Großgruppe; Rollenspiele in Dialogform ohne Simulation äusserer Bedingungen in der Großgruppe; schriftliche Übungen, die sich direkt an ein Thema anschließen u.a.m.

Eine ähnliche Einschätzung, wie sie hier seminarbegleitend erhoben wurde, erfolgte noch einmal im Rahmen einer Gesamtbewertung der Fortbildung. Diese Ergebnisse werden der Übersicht halber im Anschluß an den folgenden Abschnitt beschrieben. Auch für diese Ergebnisse gilt die oben stehende Anmerkung.

Darstellung

Tabelle IV-4: Der vierte Fragenkomplex: Fragen zum Lernstil der Teilnehmer
(Antworten in %; *maximal 5 Kreuze bei 12 Antwortmöglichkeiten entspricht einer mittleren Trefferwahrscheinlichkeit von 42 %)

	I	II	III	$\bar{x}$
4. Was haben Sie in dieser Woche dazu-gelernt? (Sie können bis zu 5 Kreuze machen!)				
- interessante Einzelheiten und Fakten	19	19	12	17
- neue Begriffe und Definitionen	23	23	12	19
- Ich habe gelernt, Zusammenhänge und Ursachen zu sehen	77	58	38	58*
- Ich wurde auf persönliche Probleme gestoßen, die mir zuvor nicht so bewußt waren	54	81	73	69*
- Ich habe Anregungen erhalten, theoretische Erkenntnisse auf meine Situation anzuwenden	65	58	50	58*
- Methoden und Regeln zur Lösung von sachlichen Problemen	12	31	12	18
- Methoden und Regeln zur Lösung persönlicher Probleme	31	38	8	26
- Ich habe eine neue Einstellung zu Problemen des Berufsalltages gewonnen	65	65	75	68*
- Ich habe neue Formen des Umgangs miteinander kennengelernt	23	31	54	36

Fortsetzung Tabelle IV-4

- Ich habe andere Meinungen kennengelernt und diskutiert	23	15	31	18
- Ich habe mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen	27	19	46	31
- Ich wurde auf sachliche Fragen gestoßen, die ich früher nicht bedacht habe	35	42	62	46*
Stimmabgabe von N = 26 bei maximal 130 Antworten	91	96	94	94

Beschreibung und Interpretation Bei dem 4. Fragenkomplex zeigen sich in Ansätzen die vom Konzept her zu erwartenden Veränderungen, d.h.

Veränderungen in Bereichen, die am ehesten von persönlicher Bedeutung für den einzelnen sind. Das Statement "Ich wurde auf persönliche Probleme gestoßen, die mir zuvor nicht so bewußt waren" wurde über alle 3 Wochen betrachtet von 69 % der Teilnehmer positiv beantwortet, "Ich habe eine neue Einstellung zu Problemen des Berufsalltages gewonnen" von 68 % und "Ich habe mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen" immerhin von 31 %. Der Anteil der Antworten zu diesen 3 (von 12 Fragen) liegt mit $\bar{x} = 56$ % über der erwarteten Trefferwahrscheinlichkeit von 42 %.

Vor allem die Einführung zur Gesprächsführung machte über 80 % der Teilnehmer persönliche Probleme bewußt und gab einigen von ihnen (38 %) "Methoden und Regeln zur Lösung persönlicher Probleme". Diese letzte Hilfestellung war offensichtlich nur in der zweiten Woche relevant; in der dritten Woche traten andere Dinge, wie sie oben beschrieben wurden, in den Vordergrund.

Außer den persönlich bedeutsamen Lernergebnissen gaben vor allem in der ersten Woche überdurchschnittlich viele Teilnehmer an, daß sie gelernt hätten, Zusammenhänge und Ursachen zu sehen ($\bar{x} = 58$ %).

Überraschend ist, daß der gegenseitige Erfahrungsaustausch ("andere Meinungen kennenlernen und diskutieren"; "private Gespräche mit einzelnen Teilnehmer"), der üblicherweise bei beruflichen Fortbildungen absolut im Vordergrund steht, im Vergleich zu den darüber hinausgehenden Lernmöglichkeiten in den Hintergrund getreten ist.

Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zu seminarbegleitenden Rückmeldungen

Insgesamt betrachtet ist der sehr große Anteil positiver Stimmabgaben bei den einzelnen Fragenkomplexen (75 % bei Bereich 1; 75 % bei Bereich 2; 98 % bei Bereich 3; 94 % bei Fragebereich 4) als Indikator für eine Befürwortung des Seminarkonzeptes interpretierbar.

Vor allem sind den Teilnehmern nach ihren Angaben in den drei Wochen persönliche Probleme bewußter geworden, sie haben eine neue Einstellung zu Problemen des Berufsalltages gewonnen, gelernt, Zusammenhänge und Ursachen zu sehen, sie haben Anregungen erhalten, theoretische Erkenntnisse auf ihre Situation anzuwenden und sind auf sachliche Fragen gestoßen worden, die sie früher nicht bedacht haben.

Unter dem Gesichtspunkt der im Vermittlungskonzept beschriebenen laufenden Rückmeldungen hatten diese Zwischenergebnisse einen entscheidenden Einfluß auf die weitere Seminarplanung: Die Methode kontinuierlicher Rückmeldung in schriftlicher Form ermöglichte zum einen die notwendige Flexibilität einer zieloffenen, personenzentrierten Gestaltung. Zum anderen lag in der empirischen Erhebung der unverzichtbare Gewinn, einen abgesicherten Konsens im Hinblick auf die pädagogisch-therapeutische Strategie voraussetzen zu können. Dieses ist ohne eine empirische Erhebung der Teilnehmersichtweisen nicht möglich, denn die eher "schweigende Mehrheit" ($\bar{x}=51\%$) hat einen erheblichen Einfluß auf den Seminarverlauf. Auch die Antworten zu den offenen Fragen stellten wichtige Hinweise für die Seminarplanung dar und ermöglichten einen Vergleich des psychologischen Teils mit den anderen Lerneinheiten.

1.2 WEITERE ERGEBNISSE ZUM LERNSTIL DER TEILNEHMER

Im Rahmen des abschließenden Interviews wurden die Teilnehmer noch einmal gebeten, zusammenfassend zu beurteilen, durch welche "Medien" sie am meisten gelernt hätten (vgl. dazu die genauen Interviewfragen im Anhang 3.2.4.5). Diese Fragen wurden auch an die Teilnehmer der Kontrollgruppe I gerichtet. Die Ergebnisse sind in Tabelle IV-5 dargestellt.

Darstellung

Tabelle IV-5: Fragen zum Lernstil der Teilnehmer (Vergleich)
(Antworten in %; *maximal 5 Kreuze bei 15 Antwortmöglichkeiten entspricht einer mittleren Trefferwahrscheinlichkeit von 33 %)

	VG N=25	KG I N=17
Wesentliche Anregungen für mein Lernen habe ich bekommen: (Bitte maximal nur 5 Kreuze!)*		
- durch die Anwendung des Gelernten im Umgang mit Bewohnern	28	12
- durch Gespräche über neue Ideen mit Mitarbeitern	28	12
- durch eigenständiges Weiterlesen	12	6
- durch Anleitung oder Unterstützung von Vorgesetzten	8	0
- durch unmittelbare Hinweise der Referenten auf Verhaltensmöglichkeiten	68*	53*
- durch Verhaltensübungen im Seminar	8	24
- durch das Bewußtwerden wichtiger Dinge im Seminar	52*	65*
- durch schriftliche Übungen	8	6
- dadurch, daß wir im Seminar ausführlich über die Dinge gesprochen haben	60*	47*
- dadurch, daß wir immer wieder darüber gesprochen haben, Gelerntes auch anzuwenden	48*	18
- dadurch, daß wir im Seminar auf unsere Gefühle gestoßen wurden	60*	15
- durch persönliche Gespräche mit anderen Teilnehmern	32	59*
- durch besondere Äußerungen von Teilnehmern im Seminar	32	12
- allgemein durch die Atmosphäre im Seminar, die mir Mut gemacht hat	40*	56*
- durch Sonstiges	4	6
Stimmabgabe von N = 25 bzw. N = 17 bei maximal 125 bzw. 85 Antworten	98	78

Beschreibung und Interpretation Die Teilnehmer beider Seminare erhielten wesentliche Anstöße für Veränderungen

- durch unmittelbare Hinweise der Referenten auf Verhaltensmöglichkeiten
- durch das Bewußtwerden wichtiger Dinge im Seminar
- dadurch, daß im Seminar ausführlich über die Dinge gesprochen wurde und
- allgemein durch die Atmosphäre im Seminar, die ihnen Mut gemacht hat

Die Teilnehmer der Kontrollgruppe I erhielten mehr als diejenigen der Versuchsgruppe wesentliche Anregungen auch durch persönliche Gespräche mit anderen Teilnehmern, also durch ein relativ konzeptunabhängiges "Medium".

Der Lernerfolg der Versuchsgruppenteilnehmer ist im Gegensatz zur Kontrollgruppe weiter dadurch beeinflußt worden, daß immer wieder darüber gesprochen wurde, Gelerntes auch anzuwenden und dadurch, daß die Teilnehmer im Seminar auf ihre Gefühle gestoßen wurden.

Darüberhinaus wurde der Lernerfolg der Versuchsgruppenteilnehmer deutlicher als bei der Kontrollgruppe auch durch die Anwendung des Gelernten im Umgang mit Bewohnern, durch Gespräche über neue Ideen mit Mitarbeitern und durch besondere Äußerungen von Teilnehmern im Seminar bestimmt. Dieses ergibt sich aus den Werten der VG, die im Gegensatz zur KG I nahe der zu erwartenden Trefferwahrscheinlichkeit liegen.

Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zum Lernstil

Die zuvor dargestellten Ergebnisse belegen zusammen mit den seminarbegleitenden Rückmeldungen zum Lernstil, daß die Prozesse des Lernens durch die hier genannten Vermittlungsmethoden nachhaltig gefördert, wenn nicht sogar bestimmt wurden. Die beiden unabhängig voneinander geleisteten Einschätzungen der Versuchsgruppenteilnehmer können als wiederholbar gelten. Sie sind in sich stimmig.

Aus den Resultaten zu den seminarabschließenden Bewertungen ist bei der KG I die Tendenz erkennbar, daß für sie der gegenseitige Erfahrungsaustausch eines der wichtigsten Lernmedien darstellte. Für die VG können darüberhinausgehende (u.a. "pädagogisch-therapeutische") Vermittlungsformen als lernbestimmend betrachtet werden. Bei der Kontrollgruppe liegen die Werte hinsichtlich dieser Kategorien deutlich niedriger.

Erhörend kann schließlich das Ergebnis gelten, daß 98 % der Versuchsgruppenteilnehmer, aber nur 78 % der Kontrollgruppenteilnehmer meinten, durch die verschiedenen Lernmedien überhaupt Anstöße für Veränderungen im Gefühl, Handeln und Denken bekommen zu haben.

1.3 ERGEBNISSE ZUR SEMINARBEGLEITENDEN TRANSFERKONTROLLE (Versuchsgruppe)

1.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Darstellung

Tabelle IV-6: Gesamtergebnis hinsichtlich der seminarbegleitenden Einschätzungen zum Transfer
(Angaben in %; N = 25; die Ziffern I, II, III, IV, V kennzeichnen den jeweiligen Lernabschnitt; 4 Einschätzungsmöglichkeiten zur Frage nach einem gelungenen Transfer; vgl. zur Fragekonstruktion A 3.1.3)

	I → II	II → III	III → IV	IV → V	$\bar{x}$ (600 Antworten)
ja, stimmt ganz genau	28	24	24	15	23
ja, stimmt	50	57	54	76	59
nein, stimmt nicht	16	18	22	9	16
nein, stimmt überhaupt nicht	6	1	0	0	2
	100	100	100	100	

Beschreibung und Interpretation Die Zusammenfassung der Ergebnisse von 600 Antworten zur Transferierbarkeit ergibt, daß den meisten der Teilnehmer in wesentlichen Punkten ein Transfer gelungen zu sein scheint. 23 % beantworteten die Fragen, ob sie die Erfahrungen der jeweils letzten Seminarwoche in ihrem beruflichen Alltag verwenden konnten, mit "ja, stimmt ganz genau". Über die Hälfte der Teilnehmer stimmten weiter einer Veränderung in ihrem Verhalten und Erleben mit "ja, stimmt" zu (59 %), während 18 % nur geringfügige oder keine Veränderungen feststellen konnten. Mithin kann für 82 % der Teilnehmer vermutet werden, daß sie aus ihrer Sicht in

wesentlichen Aspekten einen Zuwachs an Fähigkeiten erworben haben.

Prinzipiell kann nicht festgestellt werden, ob diese Veränderungen unmittelbar durch die Fortbildung erzielt wurden, denn es ist möglich und sogar wahrscheinlich, daß die Anwendung von Wissen in konkreten Situationen des Alltages durch eine zusätzliche Fähigkeit zum Transfer ermöglicht wird (vgl. dazu auch die Ausführungen im Kapitel über die Analyse von Transferbedingungen).

Auch ist es nicht möglich, Aussagen darüber zu machen, ob sich Veränderungen im Verhalten tatsächlich vollzogen haben, oder ob dieses "lediglich" im Gefühl der Pflegenden so war. Die häufigen und konkretisierenden Vereinbarungen mit den Teilnehmern, eigenes Verhalten und Erleben in den Zeiträumen zwischen den Seminarwochen genau zu beobachten, gibt diesen Einschätzungen jedoch mehr Gewicht. Die dargestellten Selbstbeurteilungen der Versuchsgruppenteilnehmer in diesem Bericht sind dadurch nicht mit Selbstbeurteilungen im üblichen Sinne vergleichbar.

Als zusammenfassendes Ergebnis können wir hier festhalten, daß die Fortbildung offensichtlich den meisten Teilnehmern Anstöße für verändertes Erleben und neue Verhaltensweisen bzw. Handlungsexperimente im beruflichen Alltag gegeben hat.

1.3.2 Einzelergebnisse

Beschreibung und Interpretation Dieses wird belegt durch die Antwort von 93 % der Teilnehmer, für die die jeweils letzte Seminarwoche ein wichtiges Erlebnis darstellte, welches in ihre berufliche Arbeit hineinwirkte (vgl. zu den folgenden Ausführungen Tabelle A 4, 2 im Anhang, S. 173).

Über alle vier Wochen betrachtet hatten sogar 37 % das deutliche Gefühl, "jetzt anders für den alten Menschen zu empfinden", "sich bei der Arbeit anders zu fühlen" und "irgendwie verantwortungsbewußter geworden zu sein". Nach der ersten Seminarwoche lag der Anteil der Antworten "ja, stimmt ganz genau" zu dieser Frage bereits bei 54 %.

Vor allem sind den Teilnehmern durch das Seminar die psychischen Probleme der Bewohner bewußter geworden. Nach allen vier Seminarabschnitten sind über 90 % der Teilnehmer die Probleme im Alltag mehr und genauer aufgefallen. Sie gaben an, daß es ihnen besser gelungen sei, sich in die Eigenarten und Bedürfnisse der Bewohner einzufühlen.

Die Ergebnisse belegen weiter die Schwierigkeit für die Teilnehmer, ihre Erfahrungen an andere Mitarbeiter weiterzugeben. Insgesamt betrachtet wurden zu dieser Frage die wenigsten positiven Antworten gegeben und die meisten negativen. Nur 8 % gaben mit "ja, stimmt ganz genau" an, durch Gespräche über Themen der Woche Hinweise und Gespräche über berufliches Handeln und indirekt durch ihre Haltung einen Multiplikatoreffekt erzielt zu haben. Etwa 30 % der Teilnehmer gelang die Weitergabe von Erkenntnissen nur wenig, bzw. schärfer interpretiert, überhaupt nicht. Daß dennoch 60 % der Teilnehmer diesen Fragenbereich mit "ja, stimmt" beantworteten, kann als Erfolg des Seminars gewertet werden. Nach der dritten Woche (Themenschwerpunkte "Sterbebegleitung und Notsignale") scheint eine Weitergabe der Erfahrungen am ehesten möglich gewesen zu sein. Diese positiven Ergebnisse sind überraschend, denn die anderen Mitarbeiter werden von Fortbildungsteilnehmern allgemein als die "größten Hürden" bei Transferversuchen betrachtet.

Ob sich das Verhalten der Pflegenden im Alltag tatsächlich verändert hat, kann nur vermutet werden. Bei den Fragen 1. und 6. ("Von meiner Seite aus hat sich seit der letzten Studienwoche im Umgang mit den Bewohnern etwas verändert" und "Seit der letzten Seminarwoche kann ich den alten Menschen bei uns besser helfen") gab ein Teil der Pflegenden an, daß dieses genau zutreffe (12 bzw. 15 %). 66 bzw. 73 % waren zurückhaltender, indem sie mit "ja, stimmt" ankreuzten.

Fast jeder 4. Teilnehmer (23 %) gab über alle vier Wochen betrachtet an, sich kaum anders zu verhalten als vorher, bzw. kaum anders zu entscheiden oder zu handeln. Dieses ist ein wichtiger Hinweis auf die Schwierigkeiten der Umsetzung des Gelernten im Kontakt mit Bewohnern.

Scheinbar jedoch sind die Teilnehmer mit zunehmender Seminarzeit sicherer im Umgang mit den Bewohnern geworden: Während in der ersten Woche "nur" 58 % angaben, alten Menschen besser helfen zu können, d.h. besser auf sie eingehen zu können, bei Problemen mehr auf sie zuzugehen und schwierigen Bewohnern besser helfen zu können, waren es nach der zweiten und dritten Seminarwoche 77 % bzw. 73 % und nach der letzten 82 %, die diese Statements mit "ja, stimmt" beantworteten.

Ein letzter Hinweis noch zur Frage der selbständigen Weiterbildung in den Zeiten zwischen den Seminaren. Vor allem der zweite und der vierte Studienabschnitt hat die Teilnehmer angeregt, häufiger mit anderen Personen ausführlicher über fachliche Dinge zu sprechen, Fachliteratur zu lesen oder fachliche Berichte zu hören.

Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zur Transferkontrolle

Die seminarbegleitenden Fragen zur Transferierbarkeit des Erlernten waren allgemein gehalten. Die Fragen und Antworten dienten im Seminarverlauf u.a. als Lernanreize und zur Fokussierung auf wesentliche Ziele des Seminars.

Die zusammenfassenden Ergebnisse zeigen bei 82 % der Teilnehmer positive, bei 18 % geringfügige oder keine Veränderungen. Aus den Ergebnissen zu einzelnen Lernabschnitten ist die Tendenz ablesbar, daß die Lernerfolge im Verlauf des Seminares positiver wurden. Die vergleichsweise größten Transferschwierigkeiten gibt es in der Veränderung des Kontaktverhaltens gegenüber Bewohnern und in der Umsetzung von Multiplikatorenaufgaben. Dennoch konnten auch in diesen Bereichen wesentliche Erfolge erzielt werden. Ergebnisse hierzu werden in den folgenden Teilen des Berichtes spezifiziert.

1.4 BEURTEILUNG DER RELEVANZ EINZELNER LERNEINHEITEN

Eine Beurteilung durch die Teilnehmer sollte überprüfen, ob das angebotene Fortbildungskonzept für sie persönlich und für ihren Beruf als Altenpfleger(in) von Relevanz ist oder nicht. Des weiteren geben diese Teilnehmerbewertungen Aufschluß darüber, ob die überprüften Effekte tatsächlich auf den psychologischen Teil des Seminares zurückgeführt werden können.

Darstellung

Ihre Einschätzungen am Ende jedes Lernabschnittes ergaben zusammenfassend das unten dargestellte Ergebnis (vgl. dazu ausführlich Tabelle im Anhang 4; Methodenbeschreibung im Kapitel II, 5.3):

Tabelle IV-7: Befürwortung der Lerneinheiten durch die Teilnehmer

o Alle Einheiten (100 %)	$\bar{x} = 70 \%$	$s = 19 \%$
o <u>Klinische Psychologie</u> (75 %)		
- alle psychologischen Lerneinheiten*	$\bar{x} = 74 \%$	$s = 18 \%$
- intensive psychologische Lerneinheiten	$\bar{x} = 82 \%$	$s = 12 \%$
o <u>Andere Themen</u> (25 %)	$\bar{x} = 64 \%$	$s = 20 \%$

Mit großer Übereinstimmung befürworten die Teilnehmer den klinisch-psychologischen Teil des Seminares.

Besonders die intensiven Lerneinheiten wurden von 82 % der Teilnehmer als relevant eingestuft ($s = 12 \%$).

Beschreibung und Interpretation Eine Aufschlüsselung der Daten ergibt folgende Resultate:

- o Bei fast allen Lerneinheiten fanden die Teilnehmer die angebotenen Inhalte "für sich persönlich" wichtiger als für ihren Beruf als Altenpfleger.
- o Der Vergleich zwischen intensiven psychologischen Lerneinheiten und anderen Themen zeigt eine Differenz von fast 20 %, d.h., daß die wesentlichen psychologischen Themen im Schnitt zu fast 20 % relevanter eingeschätzt wurden als die anderen Themenbereiche.
- o Den Daten im Anhang (A 4, 3) ist zu entnehmen, daß der letzte Lernabschnitt als der am wenigsten bedeutsame eingestuft wurde ($\bar{x} = 54 \%$; Klinische Psychologie: $\bar{x} = 70 \%$), der dritte Lernabschnitt dagegen als der bedeutsamste ($\bar{x} = 79 \%$; Klinische Psychologie: $\bar{x} = 89 \%$).
- o Die im Verlauf des Seminares beurteilte Relevanz der einzelnen Themen schlüsselt sich wie folgt auf:

* Intensive psychologische Lerneinheiten, zusammenfassende Wiederholungen und Vertiefungen von Einzelthemen, Exkursionen, Rückmeldephasen (vgl. Tabelle A 4, 3 im Anhang, S. 174).

Tabelle IV-8: Bewertung der Relevanz einzelner Themengebiete

1. Spalte: Durchschnittswert von: "für mich persönlich und für meinen Beruf als Altenpfleger waren die folgenden Lerneinheiten sehr wichtig"
2. Spalte: nur: "für mich persönlich waren die folgenden LE sehr wichtig"

	von ... % der Teilnehmer als wichtig bewertet	
<u>Klinische Psychologie</u>		
Intensive psychologische Lerneinheiten		
Rahmenthemen:		
o Beobachtungs- und Urteilsprozesse	86 %	87 %
o Gesprächsführung	76 %	76 %
o "Notsignale des alten Menschen"	80 %	85 %
o Sterbebegleitung	95 %	95 %
o Teamarbeit	72 %	80 %
<u>Andere Themengebiete</u>		
o Recht	62 %	58 %
o Themen mit religiösem Schwerpunkt	83 %	87 %
o Altersmedizin	81 %	81 %
o Soziologie	60 %	58 %
o Sozialpädagogik	33 %	44 %

Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse zur Beurteilung der Relevanz einzelner Lerneinheiten

Von den Teilnehmerbewertungen möchten wir hier 2 Ergebnisse besonders herausstellen:

1. Die angebotenen Themen und Vermittlungsmethoden wurden von den Teilnehmern in hohem Maße als relevant eingestuft. Sie können insofern auch für die Praxis der Altenpflege als notwendig angesehen werden.
2. Das hohe Maß an Übereinstimmung erhärtet die Interpretation, daß zwischenzeitliche Veränderungen in konzeptnahen Verhaltens- und Lebensbereichen als Effekte des Seminares gelten können. Die niedrigeren Werte bei den "anderen Themen" lassen außerdem die Schlußfolgerung zu, daß wesentliche Lernerfolge auf die intensive Be-

schäftigung mit klinisch-psychologischen Inhalten und Methoden zurückgeführt werden können.

1.5 KONSEQUENZEN

Aus den vorliegenden Daten zum Lernstil, zur Transferkontrolle und zur Relevanzbewertung können eine Reihe wichtiger Schlußfolgerungen gezogen werden, von denen ich einige herausgreifen möchte. Zunächst zum Bereich der Rückmeldungen, der in dem dargestellten Fortbildungsmodell einen zentralen Stellenwert einnimmt.

Für die Praxis klinisch-psychologischer Fortbildung hat es sich in den insgesamt ca. 240 Unterrichtsstunden der Vor- und Hauptuntersuchung als unabdingbar erwiesen, durch Rückmeldungen näher an aktuelle Bewertungen der Teilnehmer "heranzukommen". Auch andere Seminare bestätigen die Notwendigkeit des Einsatzes kontinuierlicher schriftlicher Rückmeldeverfahren neben mündlichen Befragungen. Diese Erfahrungen, die wir hier durch die Wahl einer handlungsnahen Forschungsstrategie gewinnen konnten, legen nahe, auch in der Praxis "normaler" Fortbildung solche seminarbegleitenden Diagnostica verstärkt einzusetzen.* Besonders dann, wenn gruppentherapeutische Methoden in den Vordergrund gerückt werden, ist der Einsatz seminarbegleitender "Diagnostik" zu fordern. Unsere Erfahrungen zeigen, daß relativ einfache Meßinstrumente, so wie sie für diese Untersuchung entwickelt wurden, ausreichen, um den erforderlichen Überblick zu bekommen. Wichtig ist in der Fortbildungspraxis auch die schnelle Auswertbarkeit. Die erarbeiteten Erhebungsinstrumente sind insofern von großem praktischem Nutzen.

Rückmeldungen dieser Art können auch einen Teil der Funktionen abdecken, die sonst ein Co-Therapeut übernimmt. Dieses bedeutet jedoch nicht, daß Co-Therapeuten prinzipiell ersetzbar sind. Es kommt sehr auf die Lernfähigkeit der Teilnehmer hinsichtlich der in Kapitel III, 1.2.6 beschriebenen seminarbezogenen Kompetenzen an, ob nicht auch einzelne Teilnehmer Teilfunktionen eines Co-Therapeuten übernehmen können. Für weitere Forschungen wäre zu wünschen, Prozesse der Abgabe von pädagogisch-therapeutischen Funktionen an die Teilnehmer weiter

* Für den Bereich der Erwachsenenbildung, in dem berufliche Fortbildung der vorgestellten Art auch fernerhin vorrangig stattfinden wird, ist ein solches Vorgehen ein großes Novum.

zu ergründen und zu überprüfen. Auch wäre es interessant, ein ähnliches Seminar mit Co-Therapeuten zu erproben, wenngleich in der Praxis psychologischer Fortbildung für solchen hohen Personaleinsatz kaum Mittel zur Verfügung stehen.

Wie ansatzweise schon im Praxisteil unter dem Stichwort Transferanalyse beschrieben wurde, legen unsere Erfahrungen weiter nahe, den Handlungsbezug des Lernens noch deutlicher hervorzuheben, als dieses schon im vorgestellten Seminar verwirklicht wurde. Offensichtlich positive Lernanreize vor allem im gefühlsmäßigen Bereich erhielten die Teilnehmer durch Lernmaterialien, die eine Stellungnahme jedes einzelnen Teilnehmers evozierten. Die vorgestellten Daten belegen, daß es gelungen ist, ein hohes Ausmaß an Betroffenheit zu wecken. Demgegenüber konnten viele Teilnehmer in modellhaften Rollenspielen nur relativ passiv durch das Modell der direkt am Rollenspiel beteiligten Krankenschwestern und Altenpfleger lernen. Aber auch diese Phasen waren wichtig.

Es wird in jedem Seminar abzuwägen sein, ob eher emotionszentrierte oder eher handlungszentrierte Verfahren in den Vordergrund gerückt werden sollten. Erfahrungen zeigen, daß solche Indikationsfragen sehr stark abhängig sind von der vorherrschenden Einstellung der Teilnehmer zu ihren beruflichen Problemen. Das vorgestellte Modellseminar zeichnete sich diesbezüglich durch einen Mittelweg aus, der von den Teilnehmern der Versuchsgruppe im Gegensatz zu denen der Kontrollgruppe I besonders hervorgehoben wurde (sie erhielten wesentliche Anregungen des Lernens u.a. dadurch, daß immer wieder darüber gesprochen wurde, Gelerntes auch anzuwenden und dadurch, daß sie immer wieder auf ihre Gefühle gestoßen wurden). Ein solcher Mittelweg, der sich in geeigneter Weise an dem Problemlösezyklus orientieren sollte, erscheint aufgrund unserer Erfahrungen so lange erforderlich, bis für eine grössere Gruppe von Teilnehmern spezifische Verhaltensprobleme herausgearbeitet worden sind.

Als Folge hieraus sind dann problem- und zielgruppenspezifischere Fortbildungs- und Supervisionsangebote notwendig, die den Rahmen einer hier vorgestellten Seminarkonzeption weit überschreiten. Auch die Teilnehmer sollten dieses vermittelt bekommen.

Weitere Konsequenzen sind aus den Daten zur Einschätzung der Relevanz einzelner Lerneinheiten abzuleiten. Wie wir schon im Kapitel über den thematischen Seminarverlauf angedeutet haben, erwiesen sich die 5 gewählten Rahmenthemenbereiche als äußerst notwendig für die Praxis der Altenpflege. Es ist sicherlich zu einem nicht unerheblichen Teil auf die personenzentrierten Vermittlungsmethoden zurückzuführen, daß die Teilnehmer viele Themen für sich persönlich wichtiger fanden, als für ihren Beruf. Auch dieses Ergebnis belegt die Sinnhaftigkeit psychologisch-therapeutischer Fortbildungsangebote: Die Teilnehmer haben offensichtlich eine persönliche Unterstützung ihrer Arbeit erfahren, und zwar vermutlich im wesentlichen dadurch, daß ihnen persönliche Probleme und eigene Einstellungen bewußter geworden sind.

Unter forschungsstrategischen Gesichtspunkten sei hier schließlich noch einmal herausgestellt, daß vermutlich hauptverantwortlich die starke Einbeziehung der Teilnehmer in den Seminarablauf und damit einhergehend ein aufrichtiges Bemühen um selbstkritische Einschätzung eine hohe Wiederholbarkeit der zu verschiedenen Zeitpunkten erhobenen Ergebnisse hervorgebracht hat. Die Resultate zu wesentlichen Fragen des Lernstils sind in sich kohärent. Die weiteren Ergebnisse mögen u.a. zeigen, daß dieses auch für andere Aspekte der Evaluation des Fortbildungsprogrammes gilt.

2 ERGEBNISTEIL: LERNZUWACHS IM BEREICH ALLGEMEINER, PSYCHOLOGISCHER QUALIFIKATIONEN

2.1 METHODISCHE EINFÜHRUNG

Die folgende Ergebnisdarstellung beruht zum überwiegenden Teil auf den Daten der Fragebögen zum "Lernzuwachs durch das Seminar" und zu einem geringeren Teil auf Daten, die im Rahmen des standardisierten Interviews erhoben wurden.

Veränderungsfragen der Art: "Ich bin jetzt mehr als früher bereit, mich mit neuen Ideen auseinanderzusetzen" fragen nicht nach dem Ausgangsniveau, d.h. hier, der Offenheit gegenüber neuen Ideen vor dem Seminar. Sie setzen vielmehr ein Defizit in Form von Präsuppositionen

voraus. In der Voruntersuchung konnten wir feststellen, daß bei den folgenden Aspekten prinzipiell Lerndefizite zu erwarten sind. Wir werden im einzelnen zeigen, welche dieser Defizite für die Pflege und Betreuung von besonderer Wichtigkeit sind, welche Lernergebnisse also für den Bereich der Altenpflege einen besonderen Erfolg bzw. Mißerfolg darstellen.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt hier durch den Vergleich der Versuchsgruppe mit der Kontrollgruppe I.

Ihren Lernzuwachs schätzten die Teilnehmer durch eine 6-Punkte-Skala (0-5) mit folgender Bedeutung ein:

verändert			nicht verändert		
ja, stimmt ganz genau	ja	eher ja	eher nein	nein	stimmt überhaupt nicht
5	4	3	2	1	0

Hinsichtlich dieser Skala werden Differenzen zwischen den Gruppen in den folgenden Tabellen so markiert:

keine Differenzen im Mittelwert	0.00-0.50=nicht hervorgehoben
Differenzen im Mittelwert von	0.50-1.00= + (-)
Differenzen im Mittelwert von	1.00-1.49= ++ (--)
Differenzen im Mittelwert von	1.50-1.99= +++ (---)

Lediglich Differenzen im Mittelwert von mehr als einem halben Punkt werden so als bedeutsame Unterschiede interpretiert. Geringere Werte (0.00-0.50) sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt.

Die hier entwickelte Skala ist so konstruiert, daß die "magische Grenze" zwischen: Durch das Seminar hat sich etwas "verändert / nicht verändert" bei 2.50 liegt. Mittelwerte unter 2.50 bedeuten, daß in dieser Gesamtgruppe kein bzw. nur ein geringfügiger Lernzuwachs zu verzeichnen war.

Auf personenabhängige Varianzen bei beiden Lerngruppen wird vereinzelt eingegangen, zusammenfassend jedoch erst in einem späteren Ergebnisteil.

Die Darstellung der einzelnen Resultate erfolgt summativ. Durch die hier gewählte Zusammenstellung einzelner Items wird nicht der Anspruch eines eindeutig abgrenzbaren "psychologischen Konstruktes" erhoben. Die Bereiche ergänzen sich vielmehr und sind nicht unabhängig voneinander.

Die Zusammenstellung erfolgte in Anlehnung an die in der Versuchsgruppe vermittelten Lerninhalte und -methoden. Wir können mithin nicht ausschließen, daß sich Verschiebungen ergeben würden, wählte man eine andere Darstellungsform unter anderen Gesichtspunkten. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß es sich nur um geringfügige Veränderungen handeln würde.

ZUR ORIENTIERUNG

Auswirkungen des Seminares werden wir im folgenden unter 4 Gesichtspunkten beschreiben:

1. Veränderungen bei den Pflegenden im beruflichen Alltag unter Heranziehung einiger allgemeiner Indikatoren
2. Veränderungen bei den Pflegenden unter allgemeinspsychologischen Aspekten
3. Veränderungen im Bereich der Teamarbeit
4. Veränderungen im Bereich psychosozialer Hilfe

Mit den beiden ersten Variablenbereichen wurden grundlegende Aspekte der Arbeitssituation abgefragt. Mit Fragen nach Veränderungen im Bereich der Teamarbeit und der psychosozialen Hilfe verfolgen wir das Ziel, zwei Kernbereiche psychologischer Tätigkeit durch Pflegende zu überprüfen.

2.2 VERÄNDERUNGEN IM BERUFLICHEN ALLTAG: EINIGE ALLGEMEINE INDIKATOREN

Darstellung

Tabelle IV-9*: Veränderungen bei Pflegenden im beruflichen Alltag:
einige allgemeine Indikatoren

	VG N=23	KG I N=15	Diff. $\bar{x} > 0,50$
A 10. Ich komme mit meinem beruflichen Alltag besser zurecht als früher	3.87 (0.76)	2.93 (1.33)	0.94 +
A 21. Ich sehe jetzt genauer, wo die Probleme bei meiner Arbeit liegen	3.52 (0.66)	3.26 (1.27)	
A 27. Durch das Seminar kann ich neue Informationen aus dem Bereich der Altenpflege sehr viel besser in mein bisheriges Wissen einordnen	3.69 (0.87)	3.93 (1.03)	
A 45. Die Erfahrungen des Seminars haben mir dazu verholffen, daß ich die alten Menschen jetzt selbständiger betreuen und pflegen kann als früher	2.65 (1.30)	1.80 (1.88)	0.85 +
A 36. Das Seminar hat mir geholfen, daß ich in meinem Beruf irgendwie zufriedener bin	3.09 (1.30)	2.60 (1.88)	
$\bar{x}$	3.36	2.90	0.46

Beschreibung und Interpretation Das Seminar hat vielen Teilnehmern, besonders denen der Versuchsgruppe, zu einer besseren Bewältigung des beruflichen Alltags, insbesondere zu einem schärferen Blick dazu verholffen, wo Probleme der Arbeit liegen. Auch haben die meisten Teilnehmer ihr Fachwissen erweitern können. Vor allem Teilnehmer des Modellversuches gaben an, selbständiger in der Pflege und Betreuung geworden zu sein. Wenngleich große Unterschiede in beiden Gruppen zu berücksichtigen sind ($s = 1.30$ und 1.88), erzielten in der VG 60 % eine grössere Selbständigkeit und in der KG I 33 %.

* Bei den Tabellen dieses Ergebnisteiles kennzeichnet der Buchstabe A den allgemeinen Teil der Fragen zum Lernzuwachs, der Buchstabe S den speziellen Teil. Alle eingeklammerten Ziffern geben die Streuung (s) wieder.

65 % der Teilnehmer aus der VG und 46 % derjenigen aus der KG I sind nach dem Seminar mit ihrem Beruf zufriedener als vorher. Der Lernzuwachs bezüglich der Arbeitszufriedenheit ist von besonderer Bedeutung, wenn man das Ausgangsniveau betrachtet: Im Interview stuften sich die Teilnehmer beider Gruppen hinsichtlich einer 6stufigen Skala (6 = sehr zufrieden; 1 = sehr unzufrieden) mit einem Mittelwert von VG: $\bar{x} = 4.73$ ($s = 1.15$) und KG I: $\bar{x} = 5.29$ ($s = 0.77$) ein. Diese nachträgliche Einschätzung der Arbeitszufriedenheit vor dem Seminar war für uns sehr aufschlußreich, denn die Zahlen deuten ein hohes Ausmaß an Arbeitszufriedenheit vor der Fortbildung an.

Offensichtlich ändert sich durch eine Fortbildung der Maßstab für Zufriedenheit - dann z.B., wenn die Teilnehmer neue Probleme entdecken oder neue Möglichkeiten finden, besser als zuvor zu arbeiten. Der verhältnismäßig größere Lernzuwachs bezüglich dieses Gefühls bei der Versuchsgruppe ist vermutlich zum Teil dadurch zu erklären, daß die Teilnehmer der KG I von vornherein zufriedener waren. Die in Tabelle II-9 angegebene Reihe von Faktoren, die für die Pflegenden im Alltag unbefriedigend sind, spielt dabei offensichtlich eine geringere Rolle als diejenigen, die die Teilnehmer im Verlauf des Seminars zu bewältigen lernten.

Beachtlich ist dieses Ergebnis auch dann, wenn man die Auswirkungen von Zufriedenheit auf psychologische (Laien-)Hilfe betrachtet: SCHICK (1978) stellte einen engen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit des Personals und der der Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen fest. Klinische Beobachtungen zeigen, daß dieses besonders für die Arbeit auf Pflege- und Intensivstationen gilt. Denn die Arbeitszufriedenheit beeinflusst das Auftreten und die Aufrechterhaltung psychischer und somatischer Probleme nachhaltig. Größere Arbeitszufriedenheit geht einher mit relativer Ausgeglichenheit, verstärktem Einfühlungsvermögen und erhöhter kooperativer Zusammenarbeit im Team. Bei Hektik und Anspannung hingegen entwickeln sich psychische und somatische Probleme schneller und intensiver.

Diese Erläuterungen mögen verdeutlichen, daß der Lernzuwachs an Zufriedenheit bei 2 von 3 Teilnehmern der VG und jedem 2. Teilnehmer der KG I einen grundlegenden Lernerfolg darstellt.

Ein weiterer Blick auf die Unterschiede zwischen der VG und der KG I ergibt, daß der Lernzuwachs hinsichtlich der Selbständigkeit bei der VG bedeutend größer ist - im Durchschnitt besehen hat in diesem Punkt die KG I keine Veränderung erzielt ($\bar{x} = 1.80$).

2.3 VERÄNDERUNGEN BEI PFLEGENDEN UNTER ALLGEMEINPSYCHOLOGISCHEN ASPEKTEN

Im Ergebnisteil 1 (IV, 1) wurde dargestellt, auf welcher "Ebene" die Teilnehmer am ehesten gelernt hatten. In diesem Zusammenhang interessierte nun die Frage, ob die Teilnehmer insgesamt betrachtet eine andere Selbstreflexion verwirklichen, veränderte Gefühle empfinden, oder ein verändertes Verhalten im beruflichen Alltag umzusetzen in der Lage sind. Um die Validität der seminarbegleitenden Teilnehmeräußerungen zu überprüfen, haben wir hierzu mehrere Kriterien erfragt.

2.3.1 Veränderte Selbstreflexion

Darstellung

Tabelle IV-10: Veränderte Selbstreflexion			
	VG N=23	KG I N=15	Diff. $\bar{x} > 0.50$
A 40. Ich hinterfrage mein Verhalten jetzt mehr als vor dem Seminar	3.50 (1.05)	3.85 (0.94)	
A 26. Ich denke mehr darüber nach, daß sich mein Verhalten auf andere auswirkt.	3.65 (0.88)	3.40 (1.29)	
A 32. Das Seminar hat bewirkt, daß ich mehr über meine eigenen Gefühle nachdenke	3.82 (0.77)	3.00 (1.61)	0.82 +
A 38. Durch die Erfahrungen des Se- minars sind mir meine eigenen Bedürfnisse im Heimaltag be- wußter geworden.	3.08 (1.16)	3.26 (1.43)	
	$\bar{x}$ 3.56	3.38	0.18

Beschreibung und Interpretation Tabelle IV-10 zeigt, daß die meisten Teilnehmer mehr über ihr Verhalten, die Auswirkungen ihres Verhaltens und ihre Bedürfnisse im Heimaltag nachdenken als vor dem Seminar.

Besonders die Teilnehmer des Modellversuches reflektieren ihre Gefühle mehr; dieses dürfte auf die intensive Beschäftigung mit dem Thema der Selbstauseinandersetzung zurückzuführen sein. Auffällig ist bei dieser deutlichen Differenz zwischen der VG und der KG I auch die erheblich geringere Varianz bei der VG: Das Lernziel: Selbstauseinandersetzung ist von fast allen Teilnehmern dieser Gruppe in hohem Maße erreicht worden (vgl. dazu auch die Daten in der Tabelle IV-4, Punkte 1.3; 4.4 und 4.7).

2.3.2 Veränderte Gefühle im beruflichen Alltag

Darstellung

Tabelle IV-11: Veränderte Gefühle im beruflichen Alltag

	VG N=23	KG I N=15	Diff. $x > 0.50$
A 31. Es gelingt mir jetzt besser, in hektischen und belastenden Situationen ruhig zu sein	3.56 (0.89)	2.93 (1.27)	0.63 +
A 30. In vielen Situationen des Berufsalltags ergreife ich jetzt eher die Initiative	2.73 (1.05)	3.06 (1.22)	
A 22. In vielen Situationen des Berufsalltags bin ich jetzt gelassener	3.39 (0.98)	3.80 (1.42)	
A 39. An viele Situationen des beruflichen Alltags gehe ich jetzt mutiger heran	3.21 (1.08)	3.26 (1.16)	
$\bar{x}$	3.22	3.18	0.04

Beschreibung und Interpretation Für die meisten Teilnehmer hat die Fortbildung eine Veränderung ihrer Gefühle im beruflichen Alltag nach sich gezogen. Bezogen auf "viele" Situationen des Zusammenlebens mit alten Menschen sind sie jetzt gelassener, gehen mutiger an die Bewäl-

tigung schwieriger Situationen heran und ergreifen jetzt eher die Initiative.

Eine Veränderung bezüglich des letzten Gefühls ist so allgemein gefragt tendenziell problematisch, denn es ist der Fall denkbar, daß Pflegende Bewohner durch zu viel Initiative "erdrücken". Dieses ist eine Erklärung für die Zurückhaltung zu dieser Frage (erkennbar an relativ geringen Mittelwerten in beiden Gruppen).

Die weitere Spezifizierung von mehr Gelassenheit und Ruhe zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen der VG und der KG I: Fast allen Teilnehmern der VG gelingt es jetzt besser, auch in hektischen und belastenden Situationen ruhig zu sein. Bei den Teilnehmern der KG I hat sich hier nur eine geringfügige Veränderung vollzogen ($\bar{x} = 2.93$; Differenz: 0.63). Dieses Ergebnis ist besonders bedeutsam für den Umgang mit desorientierten Bewohnern, bei der Haltung zu Konflikten zwischen Bewohnern, beim Umgang mit aggressiven und depressiven Gefühlen alter Menschen und auch bei der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Wie aus anderen Äußerungen der Versuchsgruppenteilnehmer deutlich wurde (vgl. die Teilnehmerrückmeldungen der dritten Woche), ist dieser hohe Lernzuwachs bei der VG wesentlich zurückführbar auf die intensiven Übungen zur Selbstkontrolle in solchen Situationen.

2.3.3 Verändertes Verhalten im beruflichen Alltag

Darstellung

Tabelle IV-12: Verändertes Verhalten im beruflichen Alltag

	VG N=23	KG I N=15	Diff. $\bar{x} > 0.50$
A 42. Die Erkenntnisse, die ich im Seminar gewonnen habe, haben zu mehreren Neuerungen im Heimablauf geführt	1.95 (1.21)	2.00 (1.41)	
A 13. Das Seminar hat mir Anregungen gegeben, neue Verhaltensweisen im Ablauf meiner Arbeit auszuprobieren	3.47 (1.04)	3.53 (1.24)	

Fortsetzung Tabelle IV-12:

A 49. An meinem Arbeitsplatz kann ich jetzt Entscheidungen treffen, zu denen ich früher nicht in der Lage war	2.65 (1.15)	1.60 (1.63)	1.05 ++
A 43. Ich verhalte mich jetzt so, wie ich mich früher nicht so ohne weiteres verhalten hätte. (Wenn ja, bitte möglichst 2 Beispiele!)	3.80 (0.92)	2.40 (1.54)	1.40 ++
$\bar{x}$	2.97	2.38	0.59 +

Beschreibung und Interpretation Ein Blick auf diese Tabelle zeigt, daß fast alle Teilnehmer bei Fragen nach verändertem Verhalten deutlich zurückhaltender sind, als bezüglich der bisher beschriebenen Aspekte (erkennbar an den relativ geringen Mittelwerten der Gesamtgruppe).

Dieses Ergebnis entspricht den Erfahrungen in der Verhaltenstherapie: Verhalten auch umzusetzen ist schwieriger als "nur" über Änderungen und ihre Notwendigkeit zu reflektieren. Dieses war ein Grund für die Herausstellung von Transfer und Handlungsexperimenten im Rahmen eines problemlösenden Lernens in der VG.

Neuerungen im Heimablauf sind relativ schwer zu erreichen und betreffen auch die Organisation, die über Handlungsinitiativen von Teilnehmern verändert werden muß. Immerhin 9 Teilnehmer der VG und 4 Teilnehmer der KG I gaben eine solche Verhaltensveränderung in ihrem Arbeitsfeld an. Während das Seminar beide Teilnehmergruppen angeregt hat, neue Verhaltensweisen im Ablauf ihrer Arbeit auszuprobieren (VG: $\bar{x}$ = 3.47; KG I: $\bar{x}$ = 3.53), gaben die Teilnehmer des Modellversuches deutlich häufiger an, daß sie gelernt hätten, Entscheidungen zu treffen, zu denen sie vor dem Seminar nicht in der Lage waren (Diff.: 1.05).

Wie in der Voruntersuchung deutlich geworden war, kann die Frage 43 schließlich als die trennschärfste angesehen werden, weil in ihr die Hemmschwelle zu neuem Verhalten impliziert ist: Die Teilnehmer der KG I verhalten sich im Durchschnitt betrachtet fast genauso bzw. nur geringfügig anders als vor dem Seminar. Die Teilnehmer der VG hingegen verhalten sich in vielen Bereichen qualitativ anders. Diese Interpre-

tation wird gestützt durch die Beispiele, die die Teilnehmer angegeben haben. Wie die einzelnen Antworten im Anhang S. 175f zeigen, haben die Teilnehmer der KG I nur wenige einschlägige Beispiele formuliert bzw. sie enthielten sich sehr häufig (wie sich im Interview herausstellte übrigens mehrfach aus Verwunderung über die Fragestellung).

Betrachtet man die Mittelwerte zu diesem Variablenbereich, so ergaben sich bei der Versuchsgruppe durchschnittliche Veränderungen mit dem Wert "eher ja". Die Teilnehmer der Kontrollgruppe I mit herkömmlicher Erwachsenenbildung erzielten in diesem Punkt keine Veränderung. Bezogen auf die Versuchsgruppe sind diese Ergebnisse mit denen zur Transferkontrolle stimmig.

2.4 VERÄNDERUNGEN IM BERREICH DER TEAMARBEIT

2.4.1 Geeignete Formen des Umgangs mit Vorgesetzten

Darstellung

Tabelle IV-13: Geeignete Formen des Umgangs mit Vorgesetzten

	VG N=23	KG I N=15	Diff. $\bar{x} > 0.50$
A 46. Das Seminar hat irgendwie dazu beigetragen, daß sich das Verhältnis zur Heimleitung verbessert hat	1.95 (1.29)	1.84 (1.34)	
A 28. Ich fühle mich jetzt sicherer im Umgang mit unserer Heimleitung	2.52 (1.34)	3.08 (1.44)	- 0.56 -
A 37. In Gesprächen mit dem Arzt fühle ich mich jetzt sicherer	2.21 (1.16)	2.80 (1.69)	- 0.69 -
A 17. In Gesprächen mit Vorgesetzten kann ich mich jetzt besser ausdrücken	3.39 (1.11)	3.21 (1.62)	
A 44. Es fällt mir jetzt sehr viel leichter, die psychologischen Probleme von Bewohnern im Pflegebericht zu beschreiben	3.00 (1.67)	2.73 (1.62)	
$\bar{x}$	2.61	2.73	- 0.12

Beschreibung und Interpretation In diesem Bereich ist der Lernzuwachs in beiden Gruppen verhältnismäßig gering. Der Veränderungsindex liegt im Mittelwert kaum über 2.50. Das Verhältnis zur Heimleitung hat sich bei den Teilnehmern beider Gruppen durch das Seminar nur wenig verändert (je etwa ein Drittel in der VG und der KG I gaben meist geringfügigere Änderungen an). Es ist möglich, daß das Verhältnis, auch zum Arzt, schon zuvor gut war. Die Teilnehmer der KG I gaben dennoch an, sicherer im Umgang mit der Heimleitung (Diff.: - 0.56) und mit dem Arzt (Diff.: - 0.59) geworden zu sein.

Gegenüber Vorgesetzten allgemein können sich mehrere Teilnehmer, vor allem der VG, jetzt besser ausdrücken, was sich auch auf Formulierungsprobleme hinsichtlich psychischer Probleme von Bewohnern im Pflegebericht bezieht. Dieses Ergebnis ist besonders für einen guten Informationsfluß in Mitarbeiterbesprechungen und beim Schichtwechsel wichtig. Die prägnante Übermittlung von Wünschen und auch psychischen Leidenszuständen etwa bei der "Übergabe" von der Nachtwache zum Frühdienst oder vom Frühdienst zur Nachmittagschicht kann Bewohnern manche Mißverständnisse und Ärgernisse ersparen, aber auch allgemein ein besseres Verständnis untereinander fördern.

2.4.2 Eine selbständigere Meinung zum Thema Altenpflege

Darstellung

Tabelle IV-14: Eine selbständigere Meinung zu fachlichen Fragen

	VG N=23	KG I N=15	Diff. $\bar{x} > 0.50$
A 15. Ich habe eine selbständigere Meinung zum Thema Altenpflege gewonnen	3.65 (1.33)	3.50 (1.60)	
A 25. Ich kann anderen jetzt besser vermitteln, was ich zu einem fachlichen Thema meine	3.00 (1.04)	3.21 (1.12)	
$\bar{x}$	3.33	3.36	- 0.03

Beschreibung und Interpretation Vor allem für die Überzeugungskraft in organisierten und informellen Gesprächen zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten ist es entscheidend, ob die Pflegenden eine eigene Meinung zur Altenpflege haben und sie auch vertreten können. Übereinstimmend gaben beide Gruppen hier größere Veränderungen an. Bedeutsam ist dieser Lernzuwachs besonders für die Erreichung von Multiplikatoreneffekten und bei der Anleitung von Hilfskräften in psychologischen Fragen.

2.4.3 Verbesserte Zusammenarbeit mit Kollegen

Darstellung

Tabelle IV-15: Verbesserte Zusammenarbeit mit Kollegen			
	VG N=23	KG I N=15	Diff. $\bar{x} > 0.50$
A 16. Ich bin heute mehr bereit, mit anderen Mitarbeitern zusammenzuarbeiten	3.35 (1.11)	2.71 (1.68)	0.68 +
A 23. Es gelingt mir jetzt besser, mich gegenüber Mitarbeitern durchzusetzen	2.82 (1.07)	3.20 (1.42)	
A 33. Ich komme jetzt besser mit Kollegen aus als vorher	2.59 (1.00)	1.93 (1.27)	0.66 +
A 11. Es gelingt mir jetzt besser, auf die Meinungen meiner Kollegen/innen einzugehen	3.65 (0.88)	2.80 (1.65)	0.85 +
A 9. Ich spreche mit Kollegen mehr über die persönlichen Dinge, die ich bei der Arbeit erlebe	3.74 (0.91)	2.67 (1.54)	1.07 ++
$\bar{x}$	3.23	2.66	0.57

Beschreibung und Interpretation Die Ergebnisse im Umgang mit Vorgesetzten hatten bei der KG I gegenüber der VG ein größeres Gefühl der Sicherheit im Umgang mit der Heimleitung und Ärzten ergeben.

Demgegenüber lernten die Pflegenden des Modellversuches deutlich mehr als die der KG I eine kooperative Zusammenarbeit mit Kollegen der Sta-

tion, d.h. den ständigen Kontaktpersonen. Zum einen liegt der deutlichere Lernzuwachs in der größeren Bereitschaft zur Zusammenarbeit (Diff.: 0.68). Pflegende der VG gaben weiter an, daß es ihnen jetzt besser gelinge, auf die Meinungen der Kolleginnen einzugehen (Diff.: 0.85) und allgemeiner, daß sie jetzt ein wenig besser mit ihnen auskommen (Diff.: 0.66). Dieses gilt für die Teilnehmer der KG I nur in geringem Ausmaß oder gar nicht ($\bar{x} = 2.80$ und $\bar{x} = 1.93$).

Am auffälligsten profitierten die Versuchsgruppenteilnehmer durch die Fortbildung, indem sie nun mehr über ihre persönlichen Erlebnisse bei der Arbeit mit Kollegen sprechen. Sie halten wichtige Gefühle, die sie im Umgang mit Bewohnern und Mitarbeitern erleben, nicht mehr für sich, sondern geben Kollegen die Möglichkeit, ihr Verhalten zu verstehen. Diese Veränderungen geben eindeutige Hinweise auf eine größere Kooperation, die durch die besondere Gestaltung des Seminars angeregt wurde. Bei einer differenziellen Betrachtung fällt weiter die nur geringfügige Veränderung bei den Versuchsgruppenteilnehmern auf, sich gegenüber Mitarbeitern jetzt besser durchsetzen zu können. Dieser Formulierung stimmten dagegen Teilnehmer der KG I mehr zu.

Die hier vorgestellten Ergebnisse gewinnen eine besondere Bedeutung durch häufig im Zusammenleben einer Station entstehende Konflikte. Nicht nur das enge, kontinuierliche Zusammenarbeiten, sondern vor allem die emotionalen und körperlichen Belastungen, die Pflegende bewältigen müssen, machen es so notwendig, partnerschaftlich zusammenzuarbeiten. Häufig ist nämlich zu beobachten, daß durch konkurrierende Verhaltensweisen, z.B. zwischen Ordensschwestern und "weltlichen" Schwestern, oder zwischen Kranken- und Altenpflegern die gemeinsame Betroffenheit verdeckt bleibt. Die Teilnehmer der VG scheinen erkannt zu haben, daß solche latenten Konflikte durch Kooperativität besser bewältigt werden können. Die nur geringfügigen Veränderungen bei den Teilnehmern der KG I ($\bar{x} = 2.66$) erhärten diese Interpretation.

2.5 VERÄNDERUNGEN IM BEREICH PSYCHOSOZIALER HILFE

Wichtige Voraussetzungen für die Wahrnehmung der Bedürfnisse alter Menschen sind die Einstellung der Pflegenden zum Altern und zur Endlichkeit des Daseins, zu psychischen Problemen allgemein und besonders zu psychischen und sozialen Problemen von Bewohnern.

Die Voruntersuchung hatte ergeben, daß viele Pflegende hochmotiviert sind, psychologische Hilfe zu leisten. Oft verfügen sie über eine langjährige Praxiserfahrung und haben nicht die Gelegenheit gehabt, in einer Ausbildung Methoden psychologischer Hilfe zu erlernen und Zusammenhänge zu erkennen. Neben der Einsicht in die Notwendigkeit, körperliche und seelische Probleme gleichermaßen ernst zu nehmen, ist es deshalb von Bedeutung, ob Pflegende sich selbst zutrauen

a) überhaupt helfen zu können und

b) die Schwelle zu weitergehender eigenständiger Hilfe zu überwinden.

Dabei müssen sie in der Lage sein, Interaktionsprozesse des alltäglichen Lebens als wichtige Hilfsmedien zu erkennen. Eine Verbesserung der Interaktion ist bei vielen seelischen Problemen identisch mit vorbeugender Hilfe, zu der sich Pflegende im Routineablauf einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung die Zeit nehmen müssen - und dieses trotz chronischen Personalmangels, trotz gravierender psychologischer Qualifikationsdefizite von Mitarbeitern und hohem Zeitdruck, die Faktoren, die zum gegenwärtigen Entwicklungsstand der Altenpflege immer noch den Alltag der Pflegenden bestimmen.

2.5.1 Eine andere Einstellung zum Altern und Sterben

Darstellung

Tabelle IV-16: Eine andere Einstellung zum Altern und Sterben

	VG N=23	KG I N 15	Diff. $\bar{x} > 0.50$
A 19. Ich habe gelernt, mit meinem eigenen Altwerden besser zurechtzukommen	2.83 (1.15)	3.57 (1.69)	- 0.74 -

Fortsetzung: Tabelle IV-16

A 48. Das Seminar hat mir geholfen, mit meinem eigenen Sterben und Tod besser zurechtzukom- men	1.90 (1.09)	3.00 (1.61)	- 1.10 --
A 8. Durch das Seminar habe ich eine positivere Einstellung zum alten Menschen gewonnen	4.00 (0.95)	3.26 (1.62)	0.74 +
A 35. Durch das Seminar habe ich eine positivere Einstellung zum Sterben unserer Bewohner gewonnen	3.21 (1.12)	2.93 (1.70)	
	$\bar{x}$ 2.99	3.19	- 0.20

Beschreibung und Interpretation Diese Items fragen sowohl (indirekt) nach der Einstellung zum eigenen Altern und Sterben, als auch nach derjenigen gegenüber alten Menschen im Heim. Es wurde angenommen, daß das Lernen über die eigene Betroffenheit am ehesten zu Veränderungen in der Fremdwahrnehmung führt.

Bestechend ist der hohe Lernzuwachs der KG I: Ihre Teilnehmer haben in sehr viel größerem Ausmaß Hilfen zur Bewältigung ihres eigenen Alterns und Sterbens durch das Seminar erhalten (Diff.: -0.74 und -1.10). Im Gegensatz zur Selbstwahrnehmung veränderte sich jedoch ihre Einstellung gegenüber alten Menschen im Heim deutlich weniger als bei den Teilnehmern des Modellversuches (VG: $\bar{x}$ = 4.00; s = 0.95 (!) und $\bar{x}$ = 3.21; s = 1.12 gegenüber KG I: $\bar{x}$ = 3.26; s = 1.62 und $\bar{x}$ = 2.93; s = 1.70).

Diese Diskrepanzen verlangen nach einer Erklärung. Besonders deshalb, weil bei der VG in den Fragen nach der Einstellung zu sich selbst kaum Veränderungen eingetreten sind und der Wert 4.00 bei der VG bezüglich der Frage 8 einen der höchsten Mittelwerte überhaupt darstellt.

Bei der eingehenderen Analyse fallen zunächst die hohen Standardabweichungen der KG I auf. Die Nachforschung bei personenabhängigen Bedingungen ergab eine erste Erklärung für die unterschiedlichen Lernerfolge. Für sich selbst profitiert haben vor allem die Teilnehmer der KG I

über 50 Jahre. Eine Erklärung der Diskrepanzen ist demnach in der Unterschiedlichkeit der Gruppen hinsichtlich des Durchschnittsalters der Teilnehmer zu sehen (vgl. Tabelle II-4). Hier konnte festgestellt werden, daß das Durchschnittsalter der KG I bei etwa 47 Jahren lag, das der VG dagegen bei 42 Jahren. Eine weitere Nachforschung nach einer altersabhängigen Beantwortung der Frage ergab schließlich, daß die jüngeren Teilnehmer der VG hier für sich selbst weniger profitierten, die älteren dagegen mehr.

Für die jüngeren Pflegenden ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Altwerden und Sterben noch nicht so dringlich. Dieses mag ein Hinweis auf die besondere Stellung älterer Mitarbeiter bei der Begleitung Sterbender sein.

In verschiedenen Fortbildungsseminaren konnte nie geklärt werden, ob ältere Pflegende durch ihre eigene Betroffenheit besser in der Lage sind, alte und kranke Menschen zu verstehen, oder ob gerade die Konfrontation mit der Hilflosigkeit und Ohnmacht sie daran hindert. Es muß dahingestellt bleiben, daß sowohl jüngere als auch ältere Personen bei der Begleitung Sterbender gewisse "Beziehungsvorteile" mit in die Hilfe einbringen, ein Problem, welches in der Praxis der Altenpflege eine außerordentliche Bedeutung hat.

Mit den bisherigen Ausführungen ist allerdings der geringe Lernzuwachs der jüngeren Teilnehmer der Versuchsgruppe nicht hinreichend erklärt. Die Zurückhaltung der jüngeren Pflegenden bezüglich der Einstellungsänderung zum eigenen Sterben und Tod ist möglicherweise erklärbar durch ihre Angst - die Angst, unter Verhältnissen zu sterben wie in einer Altenpflegeeinrichtung. Diese Erklärung wird gestützt durch informelle Befragungen von Altenpflegeseminarnehmern: Nur ganz wenige der inzwischen über 150 befragten Pflegenden möchten unter derzeitigen Verhältnissen selbst in einer Altenpflegeeinrichtung leben, geschweige denn sterben. Hierin wird der Grundkonflikt deutlich, in dem Pflegende durch ihren Beruf stehen.

Noch ein Ergebnis sei in diesem Zusammenhang als Hintergrundinformation angeführt: In der Vorher-Nachher-Befragung, die im 3. Ergebnis teil ausführlich dargestellt wird, wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Angst vor dem Sterben einzuschätzen. Bei dem Statement (Nr. 64) "Ich habe keine Angst davor, zu sterben" gaben von 65 befragten Pflegenden

55 % an, diese Angst zu verspüren (davon 71 % bei der VG, 42 % bei der KG I und 52 % bei der KG II). Diese Angst vor dem Sterben veränderte sich nach 8 Monaten quantitativ betrachtet in keiner der Gruppen wesentlich. Auch ca. 1 1/2 Jahre nach Beginn der Fortbildung bestand sie unverändert bei den Teilnehmern der VG, deren Ergebnisse ausgewertet werden konnten, weiter fort.

2.5.2 Verbessertes Einfühlungsvermögen

Darstellung

Tabelle IV-17: Verbessertes Einfühlungsvermögen

	VG N=25	KG I N=17	Diff. $\bar{x} > 0.50$
S 4. Es gelingt mir jetzt besser, mich in die Eigenarten und Bedürfnisse der Bewohner einzufühlen	3.76 (0.77)	2.17 (1.55)	1.59 +++
S 5. Ich habe gelernt, die seelischen Probleme und Nöte der Bewohner besser zu verstehen	3.48 (0.96)	2.76 (1.52)	0.72 +
S 18. Durch die Erfahrungen des Seminars habe ich ein größeres Verantwortungsgefühl gegenüber den Bewohnern bekommen	3.47 (1.37)	2.86 (1.45)	0.61 +
S 10. Ich habe ein besseres Verständnis für die besondere Situation älterer Menschen im Heim gewonnen	3.75 (0.98)	2.82 (1.66)	0.93 +
$\bar{x}$	3.62	2.65	0.97 +

Beschreibung und Interpretation Diese Tabelle verdeutlicht Möglichkeiten, durch psychologische Fortbildung besseres Verständnis für alte Menschen zu vermitteln. Im folgenden möchten wir verschiedene Aspekte der Veränderung des Einfühlungsvermögens darstellen.

Die Teilnehmer des Modellversuches haben nach ihren Angaben einheitlich ein sehr viel besseres empathisches Verständnis für alte Menschen gewonnen ($\bar{x} = 3.62$; $s = 1.02$). Das gleiche gilt nicht für die KG I, deren Lernzuwachs insgesamt eher geringfügig zu beurteilen ist ($\bar{x} = 2.65$; $s = 1.55$).

Am deutlichsten hat die VG gelernt, Eigenarten und Bedürfnisse alter Menschen besser zu verstehen, die sich durch die besondere Heimsituation für sie ergeben (Diff.: $\bar{x} = 1.59$ und 0.93). Daß sie auch in diesem Erhebungszusammenhang mit großer Übereinstimmung angaben, gelernt zu haben, seelische Probleme und Nöte von Bewohnern besser zu verstehen, kann als wesentlicher Lernerfolg betrachtet werden, zumal für sie (daraus) ein größeres Verantwortungsgefühl erwachsen ist.

Dieser Lernzuwachs ist in diesem Arbeitsbereich deshalb so bedeutsam, weil schwerwiegende emotionale Belastungen häufig eine innere Distanz zu den Problemen alter Menschen hervorbringen. Es bedeutet für die Berufsgruppe der Altenpfleger und Krankenschwestern eine hohe psychische Leistung, solche Abgrenzungsbedürfnisse durch Empathie zu durchbrechen.

Nicht minder wichtig ist deshalb für sie, diese neu entstandenen Belastungen durch angemessene Kompetenz kompensieren zu können. Die Einsicht in die psychische Betreuungsbedürftigkeit ist der erste Schritt zu einer Neuorientierung, derjenigen nämlich, systematischer zu helfen. Die Hoffnung oder sogar Gewißheit, durch eigenes Verhalten Veränderungen herbeiführen zu können, ist durch positive Handlungsexperimente vermittelt und ein weiterer motivierender Faktor.

2.5.3 Mehr Vertrauen in die Fähigkeit, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können

Darstellung

Tabelle IV-18: Mehr Vertrauen in die Fähigkeit, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können

	VG N=25	KG I N=17	Diff. $\bar{x} > 0.50$
S 12. Mir ist klar geworden, daß gezieltere psychologische Betreuung notwendig ist, um langfristig helfen zu können	4.08 (0.86)	4.11 (1.05)	
S 16. Ich habe gelernt, daß ich durch mein eigenes Verhalten günstigere Gesprächsbedingungen schaffen kann	3.40 (0.86)	3.11 (1.11)	

Fortsetzung: Tabelle IV-18

S 7. Ich weiß jetzt eher, wie man ein Gespräch über Sorgen und Probleme einleiten kann	3.24 (1.01)	2.88 (1.05)	
S 1. Ich sehe jetzt mehr Möglichkeiten, den Bewohnern zu helfen, wenn sie seelische Probleme haben	3.32 (0.69)	2.11 (1.48)	1.21 ++
S 15. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß sich Bewohner im Gespräch mir gegenüber immer mehr öffneten	3.01 (1.38)	1.94 (1.51)	1.10 ++
$\bar{x}$	3.42	2.83	0.59

Beschreibung und Interpretation Gegenüber der "einfachen" anteilnahmsvollen Hilfe ist fast allen Teilnehmern durch ihre Fortbildung bewußt geworden, daß eine gezieltere psychologische Betreuung notwendig ist, um langfristig helfen zu können (VG: $\bar{x}$ = 4.08; KG: $\bar{x}$ = 4.11). Beide Gruppen haben ebenfalls die Gewißheit erworben, durch eigenes Verhalten günstigere Gesprächsbedingungen gegenüber Bewohnern und Mitarbeitern schaffen zu können.*

Sie wissen nach der Fortbildung auch eher, wie man ein Gespräch über Sorgen und Probleme einleiten kann (VG: $\bar{x}$ = 3.24; KG: $\bar{x}$ = 2.88). Während sich bei dieser verhaltensbezogeneren Frage in der herkömmlichen Erwachsenenbildung nur ein geringfügiger Lernzuwachs zeigte, wird der Unterschied zwischen den beiden Fortbildungsgruppen noch deutlicher bei den folgenden Fragen: Die Teilnehmer des Modellversuches haben deutlich mehr Möglichkeiten kennengelernt, Bewohnern zu helfen, wenn sie seelische Probleme haben (Diff.: $\bar{x}$ = 1.21) und durch Handlungsversuche die Erfahrung gemacht, daß sie durch ihre Hilfe eine wichtige Veränderung beim alten Menschen bewirken können (Diff.: $\bar{x}$ = 1.10). In diesen beiden Punkten ist bei der herkömmlichen Erwachsenenbildungsgruppe kein Lernzuwachs zu verzeichnen ($\bar{x}$ = 2.11 und $\bar{x}$ = 1.94).

* Diese Frage wurde im Zusammenhang mit Veränderungen im Gesprächsverhalten gegenüber Bewohnern gestellt (vgl. "Spezielle Fragen zum Lernzuwachs"), so daß angenommen werden kann, daß sich diese Veränderungen vorrangig auf das Verhalten gegenüber Bewohnern bezieht.

Wenngleich auch die Teilnehmer der VG ihre Lernversuche hier eher zurückhaltend beurteilen ($\bar{x} = 3.32$ und 3.04), so ist dieses Ergebnis doch sehr wichtig: Es ist nicht nur eine Voraussetzung für weitergehende Hilfe, daß alte Menschen sich jüngeren gegenüber mit ihren persönlichen Sorgen und Nöten öffnen. Das Sich-Öffnen ist vielmehr kennzeichnend für die Überwindung zahlreicher grundlegender Hemmschwellen in der helfenden (therapeutischen) Kommunikation: Überwunden ist in diesem Moment die häufig zu beobachtende Einstellung alter Menschen, ihnen könne man nicht helfen, zumal bei seelischen Problemen, die Mutlosigkeit, daß der andere auch nicht weiterhelfen könne, die Barriere zwischen dem professionellen Helfer und dem "privaten" Leidenden, wodurch die Hilfe von vornherein unmöglich ist u.a.m.

Diese Kommunikationsprobleme sind typisch für die Interaktionssituation in Altenpflegeeinrichtungen. Solche Fortschritte mögen deshalb unter z.B. gesprächspsychotherapeutischen Aspekten als nur winziges Teilergebnis erscheinen. Für die Hilfe durch "professionelle Laien" sind sie hingegen grundlegend.

Ich möchte dieses noch in einen anderen Zusammenhang stellen. Im Interview konnten wichtige Ergebnisse zur beruflichen Motivation gewonnen werden. Alle bisher dargestellten Veränderungen vollzogen sich auf diesem Hintergrund.

Die Teilnehmer sollten, nachdem sie neue Erfahrungen durch eine (psychologische) Fortbildung gewonnen hatten, ihre Motivation durch folgende Fragen einschätzen.

Darstellung

Tabelle IV-19: Gefühle "beruflicher Depression" bei Pflegenden in der "stationären" Altenarbeit
(vgl. Interviewfrage 15a)

Zwei Fragen zu Ihrer Motivation, Ihrer Hoffnung, in Ihrem beruflichen Alltag helfen zu können. Zunächst eine Frage dazu, wie Ihre Motivation früher war, und dann eine Frage über Ihre jetzige.

Wie schätzen Sie jetzt Ihre Motivation vor Beginn des Seminars ein? Hatten Sie früher so etwas wie das Gefühl einer "beruflichen Depression", ein Gefühl, daß "man" alten Menschen doch nicht mehr so "richtig" helfen kann? (vor allem Patienten mit Arteriosklerose)?

Fortsetzung: Tabelle IV-19

Hatten Sie oft das Gefühl - egal, was man tut, es nützt doch nichts? Oder hatten Sie manchmal das Gefühl, durch die Hoffnungslosigkeit jeglicher Bemühungen fast gelähmt zu sein?

	VG N=25	KG I N=17	$\bar{x}$ N=42
ja, manchmal sehr stark	36 %	18 %	29 %
ja, manchmal ein wenig	20 %	6 %	14 %
ja, aber nur sehr kurz	12 %	12 %	12 %
nein, dieses Gefühl hatte ich früher nicht	32 %	64 %	45 %
	100 %	100 %	100 %

Diese Aufstellung zeigt das große Ausmaß an Entmutigung: Über die Hälfte aller 42 Pflegenden kennen dieses Gefühl "beruflicher Depressionen". Ein Drittel leidet darunter "manchmal sehr stark" (über 3 Jahre, wie eine Altenpflegerin berichtete).

Die differenzielle Betrachtung der beiden Fortbildungsgruppen hinsichtlich dieser Frage verdeutlicht, daß 2 von 3 Teilnehmern der VG diese berufstypische Ohnmacht kennen, aber "nur" jeder 3. Pflegende der KG I. Zwar ist nicht auszuschließen, daß durch die erlebnisnahe Konzipierung des psychologisch-orientierten Seminars ein deutlicheres Empfinden für die Notwendigkeit der Bewältigung eigener Hilflosigkeit wachgeworden ist. Dieser Eindruck entstand (sehr subjektiv) im Interview, in dessen Verlauf bei einigen Teilnehmern der KG I Verleugnungstendenzen gegenüber entmutigenden Gefühlen nicht auszuschließen waren. Dennoch: Der hohe Anteil depressiver Gefühle macht den Hintergrund psychologischer Hilfsmöglichkeiten und die Notwendigkeit zu solidarischerem Verhalten deutlich, welches in einer Fortbildung erlernt werden kann.

Die zweite Frage konkretisiert die Veränderung der Motivation durch die Fortbildung noch einmal unter dem Gesichtspunkt dieses Gefühls.

Tabelle IV-20: Mehr Hoffnung, erfolgreich helfen zu können
(vgl. Interviewfrage 15b)

Wie ist Ihre Motivation, Ihre Hoffnung, erfolgreich helfen zu können, heute?			
Sehen Sie heute mehr Möglichkeiten, den Bewohnern helfen zu können, wenn diese seelische Probleme haben? Haben Sie heute die Hoffnung, bei seelischen Nöten und Sorgen überhaupt helfen zu können, die Hoffnung, daß <u>Ihr</u> Verhalten etwas nützt?			
Haben Sie in dieser Hinsicht einen Anstoß bekommen, es noch einmal zu versuchen?			
Wie ist Ihre Motivation, Ihre Hoffnung, erfolgreich helfen zu können, heute?		VG N=25	KG I N=17
Ja, ich habe heute			
sehr viel mehr		16 %	0 %
viel mehr	Hoffnung	56 %	28 %
etwas mehr		12 %	12 %
Nein, ich habe heute			
genauso (viel/wenig)	Hoffnung	16 %	59 %
weniger		0 %	0 %

Diese Ergebnisse zeigen einen deutlichen Lernzuwachs bei der Versuchsgruppe, bei der Gefühle der Mutlosigkeit ausgeprägter vorhanden waren.

Konstruiert man eine behelfsmäßige Skala, bei der die Intensität beruflicher Depression ("Ja, manchmal sehr stark") das eine Skalenende ausmacht, "Sehr viel mehr Hoffnung" das andere Ende und "nein, dieses Gefühl kannte ich früher nicht" und "genau so viel/wenig Hoffnung" als Nullpunkt, so ergeben sich 7 Skalenpunkte, wenn die Antwortmöglichkeit "weniger Hoffnung" ausgenommen wird (sehr stark = 3; ein wenig = 2; nur kurz = 1; nein = 0; genauso = 0; etwas mehr = 1; viel mehr = 2; sehr viel mehr = 3). Unter diesem Gesichtspunkt treten die absoluten Diskrepanzen zwischen den 2 erhobenen Werten einzelner Teilnehmer deutlicher zutage.

Es ergibt sich dann, daß bei maximal 7 Punkten die Teilnehmer der VG einen absoluten Veränderungsindex von durchschnittlich etwa 4 Punkten erreichten, die der KG I hingegen einen durchschnittlichen Punktwert von 2 Einheiten. Dieses mag als konkretisierender Hinweis für den bedeutenden Lernzuwachs der Versuchsgruppe gelten.

Auffallend ist in Tabelle IV-20 schließlich, daß sich bei 59 % der KG I keine Veränderungen ergeben haben. Es entstand im Interview der Eindruck, daß einige der Teilnehmer tatsächlich der Ansicht waren, bestimmten Personen könne man nicht mehr helfen und sie zu dieser Meinung standen. Diese Fragestellung wird wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Betreuung durch Pflegende später noch einmal aufgegriffen. Es kann an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen werden, welche Möglichkeiten psychologischer Hilfe auch bei alten Menschen, die von Pflegenden als "hoffnungslos" eingeschätzt werden, noch bestehen. Viele dieser Möglichkeiten bestehen in der Verbesserung der alltäglichen Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohnern, denen ich mich im folgenden zuwenden möchte.

2.5.4 Verbesserte Interaktion zwischen Bewohnern und Pflegenden

Die Items dieses Bereiches fragen nach verschiedenen Sichtweisen, die in Interaktionen bedeutungstragend sind:

danach, ob sich einige Bewohner nach dem Seminar anders fühlen, ob sie das Verhalten der Pflegenden nun anders beurteilen, ob sich das Verhältnis zu Bewohnern aus der Sicht der Pflegenden verändert hat und wie diese das gemeinsame Zusammenleben nun wahrnehmen.

Darstellung

Tabelle IV-21: Verbesserte Interaktion zwischen Bewohnern und Pflegenden
(Auswahl einiger Aspekte)

	VG N=23	KG I N=17	Diff. $\bar{x} \sim 0.50$
A 14. Einige Bewohner waren zufriedener, nachdem ich mit ihnen auf eine neue Art gesprochen habe (oder sie sind es noch)	3.18 (1.05)	3.00 (1.35)	
A 24. Ich glaube, daß ich einigen Bewohnern durch mein Verhalten wirklich habe helfen können, mit deren Sorgen und Nöten besser zurechtzukommen	3.47 (0.84)	3.13 (1.59)	

Fortsetzung: Tabelle IV-21

A 29. Ich glaube, einige Bewohner akzeptieren mich jetzt mehr als früher	2.08 (1.08)	2.33 (1.49)	
A 27. Ich kann mir vorstellen, daß mehrere Bewohner jetzt mit meinem Verhalten zufriedener sind als vorher	3.69 (0.87)	3.93 (1.03)	
A 20. Das Verhältnis zu einigen Bewohnern hat sich aus meiner Sicht gebessert	3.47 (0.99)	2.53 (1.33)	0.94 +
A 41. Das Seminar hat mir geholfen, unser Zusammenleben auf der Station besser zu gestalten	2.65 (1.22)	2.53 (1.18)	
	$\bar{x}$ 3.09	2.91	0.18

Beschreibung und Interpretation Die Teilnehmer beider Gruppen gaben an, daß einige Bewohner zufriedener sind oder sie mit seelischen Problemen besser zurechtkommen, nachdem die Pflegenden andere Interaktionsweisen verwirklicht haben (VG: $\bar{x} = 3.18$ und 3.47 ; KG I $\bar{x} = 3.00$ und 3.13). Betrachtet man hierzu die Prozentwerte, so schätzen immerhin drei Viertel der Versuchsgruppenteilnehmer und die Hälfte der Kontrollgruppenteilnehmer einige Bewohner als zufriedener ein. 87 % der Versuchsgruppenteilnehmer und 65 % der Kontrollgruppenteilnehmer glauben weiter, durch ihre Hilfe wirklich haben helfen können.

Dieses ist ein positiver, sich multiplizierender Effekt durch Fortbildung, wenn man sich die große Zahl der betreuten alten Menschen vor Augen hält. Bei der Versuchsgruppe sind dieses wie aus den Tabellen in Kapitel II, 6.4.4 zu errechnen ist etwa 520 Personen, bei der Kontrollgruppe insgesamt etwa 320 alte und zu einem großen Teil schwerkranke Menschen; d.h., selbst wenn man die Zahlenangabe "einige" mit 25 % der Bewohner einer Station gering veranschlagt, hat die Fortbildung unmittelbar positive Auswirkungen auf über 200 Bewohner gehabt.

Daß diese Interaktionsverbesserung vielleicht auch von den Bewohnern geteilt wird, gibt die Einschätzung in Frage 27 wieder: 92 % aller Pflegenden nehmen ziemlich sicher an, daß mehrere Bewohner nach der Fortbildung mit ihrem Verhalten zufriedener sind (VG: 91 %; $\bar{x} = 3.69$;

KG I: 93 %; $\bar{x} = 3.93$).

Zwar ist es möglich, daß diese Beantwortung eher einem Wunschdenken, statt der Realität entspricht, doch selbst wenn dem zum Teil so wäre, könnte man immer noch von einem positiven Effekt der Fortbildung sprechen. Nachdenklich stimmt nämlich die Beantwortung der Frage 29, in die mehr als in alle anderen Items auch die Kritik an der eigenen Person eingeht. Nur ein Drittel der Versuchsgruppenteilnehmer (35 %) und weniger als die Hälfte der Kontrollgruppenteilnehmer (46 %) glauben mit großer Zurückhaltung, von einigen Bewohnern jetzt mehr als früher akzeptiert zu werden (VG: $\bar{x} = 2.08$; $s = 1.08$; KG I: $\bar{x} = 2.33$; $s = 1.49$). Durchschnittlich betrachtet, hat sich in diesem Teilaspekt der Interaktion zwischen Bewohnern und Pflegenden bei beiden Gruppen keine durchgreifende Veränderung durch die Fortbildung ergeben. Aber auch an dieser Stelle muß hervorgehoben werden, daß neben anderen Erklärungsmöglichkeiten sich die Teilnehmer zuvor schon akzeptiert gefühlt haben können, ihre Zurückhaltung also dadurch zu erklären ist.

2.5.5 Mehr präventive psychologische Hilfe

Psychologische Grundqualifikationen von Pflegenden in der Altenarbeit beziehen sich vor allem auf die Verbesserung der Alltagsinteraktionen. Einige Aspekte hiervon wurden zuvor beschrieben. Verbesserungen in folgenden Verhaltensbereichen konkretisieren vorbeugende psychologische Hilfen.

Wichtige Fähigkeiten sind:

- die psychologische Situation von Bewohnern angemessen beurteilen können
- sich verantwortlich fühlen auch für psychische Bedürfnisse
- frühzeitig und wiederholt auf Betroffene zugehen
- Gesprächen nicht ausweichen
- sich relativ frei und spontan verhalten, um die Hemmschwellen weiter zu verringern und
- sich für Problemgespräche in Anspruch nehmen zu lassen, d.h., sich als Ansprechpartner für Sorgen und Nöte verfügbar machen.

Darstellung

Tabelle IV-22: Mehr präventive psychologische Hilfe

	VG N=25	KG I N=17	Diff. $\bar{x} > 0.50$
A 12. Ich habe gelernt, Bewohner angemessener zu beurteilen	3.91 (0.73)	3.20 (1.37)	0.71 +
S 11. Ich fühle mich jetzt mehr für die psychischen Bedürfnisse der Bewohner verantwortlich	3.56 (0.96)	2.52 (1.46)	1.06 ++
S 8. Ich gehe jetzt häufiger von mir aus auf die Bewohner zu, wenn ich merke, daß sie irgendwelche Probleme haben	3.79 (0.83)	2.75 (1.39)	1.04 ++
S 17. Ich gehe jetzt manchmal zu Bewohnern in der Absicht, vorbeugend etwas zu tun, damit Probleme gar nicht erst entstehen	2.96 (1.39)	1.58 (1.58)	1.38 ++
S 3. Ich habe gelernt, einem Gespräch heute nicht mehr so auszuweichen	3.76 (0.87)	2.38 (1.62)	1.38 ++
S 2. Das Seminar hat mir Mut gegeben, auf Bewohner zuzugehen, die zuvor als 'hoffnungslos' galten	3.58 (1.47)	2.06 (1.48)	1.52 +++
S 20. Ich fühle mich jetzt freier und spontaner, wenn ich helfende Gespräche führe	3.16 (1.20)	2.70 (1.57)	0.46
$\bar{x}$	3.53	2.46	1.08 ++

Beschreibung und Interpretation Tabelle IV-22 zeigt in diesen Fragen sehr deutliche Veränderungen bei der Versuchsgruppe. Demgegenüber hat sich für die Kontrollgruppe mit herkömmlicher Erwachsenenbildung kaum etwas verändert. (Die meisten Werte liegen dort um $\bar{x} = 2.50$; die Differenzen im Mittelwert zwischen beiden Gruppen sind bei den meisten Fragen größer als + 1.00).

Die Teilnehmer der psychologischen Fortbildung gaben besonders deutlich an, Bewohner jetzt angemessener beurteilen zu können.

Diese Formulierung ist prinzipiell kritisch, beinhaltet sie doch implizit das "Aburteilen" in Form eines Vorurteils.

Wenn Vorurteile zudem durch Fortbildung legitimiert zu werden scheinen, ist dieses besonders gefährlich.

An diesem Beispiel wird ein besonderer methodischer Aspekt in dieser Forschungsstudie deutlich, nämlich, daß die Ergebnisse der VG mit denen der KG nur sehr bedingt vergleichbar sind. Die Versuchsgruppenteilnehmer haben sich intensiv und kontinuierlich mit psychologischen Urteilsprozessen, Beobachtungsfehlern u.a.m. auseinandergesetzt und durch Übungen Fehler der eigenen Wahrnehmung entdeckt. Bei der KG stellten Beobachtungs- und Beurteilungsprozesse allenfalls ein Randthema dar. Beobachtungsfehler werden implizit immer dann Gesprächsgegenstand, wenn kontrovers über psychische Prozesse gesprochen wird. In Fortbildungen sollte dieses Thema explizit behandelt werden: Es kann davon ausgegangen werden, daß die Pflegenden beider Gruppen diese wie auch andere Fragen trotz gleicher Formulierung vor einem gänzlich verschiedenen Wahrnehmungshintergrund beantworteten.

Weiter fühlen sich die Teilnehmer der psychologisch-orientierten Fortbildung jetzt mehr für die psychischen Bedürfnisse der Bewohner verantwortlich (Diff.: 1.06) und sie gehen mehr von sich aus auf problembelastete Bewohner zu (Diff.: 1.04). Manchmal tun sie jetzt bewußt vorbeugend etwas, um Probleme im Vorfeld anzufangen (Diff.: 1.38).

Ein wichtiges Ergebnis ist auch, daß die Pflegenden des Modellversuchs im Gegensatz zu denen der KG I angaben, gelernt zu haben, einem Gespräch heute nicht mehr so auszuweichen (Diff.: 1.38). Dieses gilt offensichtlich auch für Gespräche mit alten Menschen, die mit dem Stigma "hoffnungslos" belastet waren. Das Seminar hat die Versuchsgruppenteilnehmer in hohem Ausmaß ermutigt, auch auf diese Bewohner erneut zuzugehen (Diff.: 1.52). Daß sie sich zusätzlich nach der Fortbildung bei helfenden Gesprächen freier und spontaner fühlen als zuvor, dürfte eine positive Grundvoraussetzung für längerfristig anhaltende Lernerfolge darstellen.

Die folgende Tabelle konkretisiert den Interaktionsprozeß, der präventive Hilfe charakterisiert.

Darstellung

Tabelle IV-23: Mehr präventive psychologische Hilfe

	VG N=25	KG I N=17	Diff. $\bar{x} > 0.50$
S 6. Ich finde jetzt leichter Zugang zu bestimmten Bewohnern	3.28 (0.93)	2.06 (1.12)	1.22 ++
S 18. Manche Bewohner wenden sich jetzt eher mit persönlichen Sorgen und Problemen an mich als früher	2.70 (1.19)	1.88 (1.57)	0.82 +
S 19. Ich glaube, daß manche Bewohner mich jetzt eher von sich aus ansprechen würden, wenn sie Sorgen und Höte hätten	2.68 (1.28)	1.52 (1.46)	1.16 ++
$\bar{x}$	2.89	1.82	1.07 ++

Beschreibung und Interpretation Drei Aspekte fragen hier indirekt nach der Offenheit der Bewohner für ein Gespräch über persönliche Probleme. Diese Offenheit stellt einen wesentlichen Aspekt gegenseitigen Vertrauens dar. Von sich aus haben die Versuchsgruppenteilnehmer das Gefühl; jetzt leichter Zugang zu bestimmten Bewohnern zu finden (Diff.: 1.22). Sie haben die Erfahrung gemacht, daß sich Bewohner mit persönlichen Sorgen mehr als früher an sie wenden und schätzen auch für die Zukunft ein, daß manche sich nun eher an sie als Gesprächspartner wenden würden, wenn Probleme aufträten.

In diesen 3 Aspekten präventiver Hilfe haben sich für die Kontrollgruppe I keine Veränderungen ergeben. Kritisch betrachtet sind auch die Erfolge der VG mit Vorbehalten zu interpretieren ($\bar{x} = 3.28$; $\bar{x} = 2.70$ und $\bar{x} = 2.68$), jedoch gegenüber der KG I als deutlich bessere Ergebnisse erkennbar.

Positive Veränderungen der beschriebenen Alltagsinteraktionen zwischen Pflegenden und alten Menschen sind deshalb so wichtig, weil die seelische Not alter und besonders kranker Menschen dadurch oft erheblich verringert werden kann. Dieser Satz erscheint fast trivial, doch leiden alte Menschen und auch Pflegende massiv unter vorherrschenden Konflikten: Für die Bewohner wird die Bewältigung ihrer durch Abhängig-

keit gekennzeichneten Situation noch schwerer; bei Pflegenden entwickeln sich Gefühle der Entmutigung, Verzweiflung, Unzufriedenheit und auch der Distanz.

Werden solche Prozesse durch Fortbildung aufgehalten oder verbessert, so kann dieses unter den gegebenen schweren Problemverhältnissen als grundlegender Erfolg gelten.

Aspekte präventiver Hilfe haben wir deshalb in den folgenden Ergebnisteilen zur Vorher-Nachher-Kontrolle auch nach anderen (methodischen und inhaltlichen) Kriterien bewertet.

2.6 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION DER ERGEBNISSE ZUM LERNZUWACHS DURCH DAS SEMINAR UND KONSEQUENZEN

Die Detailanalyse der Daten ergab in fast allen Fragen ein besseres Ergebnis der Versuchsgruppenteilnehmer gegenüber denen der Kontrollgruppe I, deren Fortbildung nach herkömmlichen Erwachsenenbildungsmethoden durchgeführt wurde.* Die vorgestellten Ergebnisse können als erste Bestätigung des Modellversuches gewertet werden, wenngleich einschränkend hervorzuheben ist, daß trotz der hohen Vergleichbarkeit in den Basisdaten eine geringere Vergleichbarkeit hinsichtlich des Ausgangsniveaus bei den erfragten Problemen gegeben sein könnte. Hinweise hierauf wurden durch das höhere Ausmaß beruflicher Depressionen bei der Versuchsgruppe gegeben. Wir können dennoch festhalten, daß das Seminar des Modellversuches für die Teilnehmer aus ihrer Sicht eine Reihe positiver Effekte nach sich gezogen hat.

An dieser Stelle kann auch festgehalten werden, daß für die Kontrollgruppe in mehreren Bereichen durchschnittlich betrachtet kaum Veränderungen nachgewiesen werden konnten, während sich bei der Gruppe des Modellversuches Änderungen ergaben. Dieses Ergebnis bezieht sich auf Veränderungen bei Pflegenden im beruflichen Alltag, die mittels einiger allgemeiner Indikatoren erhoben wurden, auf verändertes Verhalten im beruflichen Alltag, auf verbesserte Zusammenarbeit mit Kollegen,

* Dieses Ergebnis werden wir im Ergebnisteil 4 in Zusammenhang mit Resultaten anderer Erhebungsmethoden weiter untermauern.

verbessertes Einfühlungsvermögen, auf vermehrtes Vertrauen in die Fähigkeit, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können und auf vermehrte präventive Hilfe. In speziell diesen Bereichen liegen die Durchschnittswerte der KG I im Gegensatz zur VG nahe oder unter der Grenze 2.50, die kennzeichnet, ob sich in der Gesamtgruppe Veränderungen vollzogen haben. Vorzuheben ist bei dieser Aussage schließlich die relativ größere durchschnittliche Streuung der Werte in der KG I.

Konsequenzen Die Ergebnisse bei der Versuchsgruppe lassen vermuten, daß die Vermittlung einer Vielzahl von gegenseitig beeinflussenden Hilfen zu dem vorgestellten Gesamtergebnis führte. Hiermit ist gemeint, daß z.B. bei unseren Daten eine geringere berufliche Depression auf seiten der Pflegenden mit verstärktem Einfühlungsvermögen oder kooperativerer Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden einhergeht. In weiteren Forschungen wäre es interessant, gegenseitige Beeinflussungen psychologischer Kompetenzen näher zu erkunden. Wir vermuten aufgrund unseres persönlichkeitszentrierten Ansatzes, daß sich viele helfende Verhaltensweisen gegenseitig beeinflussen und grundlegender zu verstärktem Engagement ermutigen.

Unter dem Gesichtspunkt der Kompetenzförderung kann hier festgestellt werden, daß eine Reihe der im Fortbildungskonzept genannten berufspraktischen Kompetenzen, vor allem der Interaktion, durch das Training gefördert werden konnten. Viele bisher beschriebene Einzelergebnisse legen auch die Aussage nahe, daß die Pflegenden des Modellversuches nun mit einem "besseren Gefühl" an die psychosozialen Probleme des Alltages herangehen. Wir haben andererseits aber auch einige Hinweise gefunden, die uns zeigen, daß ein noch stärkeres Training von helfenden Verhaltensweisen, ähnlich wie es im Kapitel über die Darstellung des thematischen Seminarverlaufes angedeutet wurde, in diesem Fortbildungsrahmen nützlich gewesen wäre. Dafür hätten andere Themen zurückstehen können, die als nicht so relevant eingeschätzt wurden. In der aktuellen Lernsituation ist hier zu überlegen, ob die nicht so relevanten Themen aus didaktischen Gründen dennoch wichtig sein können (z.B., indem sie zur Entspannung gegenüber intensiveren Lerneinheiten dienen) oder ob die Gruppe als ganze aktuell weiterhin lernfähig ist. Auch hier wird man wesentlich auf aktuelle Rückmeldungen der Teilneh-

mer zurückgreifen - generelle Aussagen hierüber sind allein aufgrund der zieloffenen Konzeption nicht sinnvoll.

Abschließend sei hier folgendes hervorgehoben: Wenngleich es sich bei dem vorgestellten Fortbildungskonzept um ein adaptiertes Modell handelt, so wurden hier Spezifizierungen vorgenommen, die offensichtlich geeignet sind, die äußerst schwierige Situation der Pflegenden in Altenpflegeeinrichtungen erheblich zu verbessern.

Wenn wir bei den zuvor dargestellten Ergebnissen über den individuell eingeschätzten Lernzuwachs keine Aussagen über das Ausgangsniveau hinsichtlich der Probleme machen konnten, so wurde durch die Konzeption einer Vorher-Nachher-Untersuchung versucht, diese Frage zu klären.

Im ersten Teil dieses Berichtes (Ausgangslage) haben wir mittels einer in vieler Hinsicht repräsentativen Normstichprobe von 65 Pflegenden aus insgesamt 41 Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen spezielle Probleme von Altenpflegern und Krankenschwestern näher charakterisiert.

In dem nun folgenden methodischen Exkurs gehen wir der Frage nach, ob und inwieweit die 3 verschiedenen Untersuchungsgruppen (VG, KG I mit erwachsenbildnerischer Fortbildung und KG II ohne Fortbildung) hinsichtlich der im ersten Teil dieses Berichtes geschilderten Problemausgangslage vergleichbar sind.

2.7 **METHODISCHER EXKURS: UNTERSCHIEDE IM PROBLEMAUSGANGSNIVEAU DER 3 UNTERSUCHUNGSGRUPPEN**

2.7.1 Analyse

Das Ergebnis der Analyse ist wie folgt: Hinsichtlich der 76 "Fragen zu speziellen Problemen" bestehen zwischen den 3 Untersuchungsgruppen, aus denen sich die 65 befragten Personen zusammensetzen, keine gravierenden Unterschiede im Ausgangsniveau. Diese Aussage bezieht sich auf einen quantifizierenden Vergleich der Problemlage pro Gruppe. Einige Ausnahmen sollen kurz beschrieben werden.

Analysiert werden:

- a) der mittlere Schwierigkeitsgrad aller 76 Items bei jeder Gruppe
- b) Items mit großer Differenz zwischen der VG und der "Normpopulation"
(N=65)

Als Kriterium wurden Differenzen der Prozentwerte von größer als 20 % gewertet. In diesen Vergleich gehen die Pflgenden der VG mit ein.

- c) Items mit großer Differenz zwischen der VG und der KG I

Als Kriterium wurden hier Differenzen der Prozentwerte von größer als 25 % gewertet, weil die Stichproben verhältnismäßig klein sind.

Zu a): Die Mittelwerte der relativen Häufigkeiten über alle 76 Items stellen in Form des mittleren Schwierigkeitsgrades einen groben Indikator für Unterschiede zwischen den Gruppen dar. Dieser Wert stellt sich bei den 3 Stichproben wie folgt dar:

VG (N=24): $\bar{x} = 57.28 \%$ $s = 20.43 \%$

KG I (N=12): $\bar{x} = 51.50 \%$ $s = 23.12 \%$

KG II (N=29): $\bar{x} = 49.71 \%$ $s = 22.08 \%$

Die Unterschiede zwischen den Gruppen von $\bar{x}_{\max} : 7.57 \%$; $s_{\max} : 2.69 \%$ können, quantitativ betrachtet, als geringfügig gelten. Dieses bedeutet selbstverständlich nicht, daß bei einzelnen Items keine größeren Differenzen zwischen den Gruppen bestehen könnten.

Zu b): Bei 3 Items liegen die Werte der VG über dem Durchschnitt der Normpopulation:

Item 12: "Manchmal tue ich lieber etwas anderes, statt zu einem Bewohner zu gehen, der seelische Hilfe von mir brauchen könnte".
(Norm: 55 %; VG: 78 %)

Item 13: "Macht ein Bewohner deutlich, daß er Sorgen und Nöte hat, fällt es mir manchmal schwer, darauf einzugehen".
(Norm: 67 %; VG: 88 %)

Item 36: "Ich spreche nur manchmal mit einem Bewohner über dessen Sorgen und seelische Probleme".
(Norm: 53 %; VG: 75 %)

Zu c): Bei 4 Items liegen die Werte der VG über dem Durchschnitt der KG I:

Item 12: s.o. (Differenz zwischen VG und KG I: + 28 %)

Item 22: "Manchmal kommt es offen gestanden vor, daß ich mich vor einem Bewohner ekle". (Differenz: + 46 %).

Dieser Unterschied ist ebenso wie der folgende vermutlich zurückzuführen auf die Tatsache, daß die Teilnehmer der VG häufiger auf Pflegestationen arbeiten und über langjährige Krankenpflegeteuerfahrungen verfügen (vgl. dazu Kapitel 6.4.3 über die Vergleichbarkeit der Stichproben).

Item 44: "Wenn mir ein Sterbender sein Vertrauen geben will, kommt es öfter vor, daß ich mich innerlich dagegen sperre". (Differenz zwischen VG und KG I: + 34 %)

Item 36: s.o. (Differenz: + 33 %)

Bei 2 Items liegen die Werte der KG I über dem Durchschnitt der VG:

Item 8: "Vielen Bewohnern würden Gespräche nicht helfen". (Differenz zwischen VG und KG I: - 29 %) und

Item 18: "Nach der Arbeit komme ich häufiger nicht richtig dazu, mich auszuruhen und zu entspannen". (Differenz zwischen VG und KG I: - 29 %)

2.7.2 Schlußfolgerungen

Die geringe Differenz der Mittelwerte über alle Items gerechnet, läßt den Schluß zu, daß alle 3 Gruppen gleichermaßen als Repräsentanten der Pflegenden in der Altenarbeit gelten können. Sie sind in ihrem Ausgangsniveau untereinander vergleichbar. Daß es dennoch Unterschiede zwischen einzelnen Personen gibt, erscheint selbstverständlich. Zu berücksichtigen ist unter b), daß der "normale" Schwierigkeitsgrad hinsichtlich der 3 Probleme über 50 % liegt. Die Abweichungen nach oben können somit zwar als Besonderheiten dieser Gruppe, nicht aber als Besonderheiten von Pflegenden allgemein betrachtet werden. Dasselbe gilt für die Unterschiede zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe I, die somit als weitgehend vergleichbar in ihrer Ausgangsproblem-

lage vor der Fortbildung gelten können. Es muß sogar hinzugefügt werden, daß eine solch hohe Vergleichbarkeit zunächst nicht erwartet werden konnte, da die Teilnehmerzusammensetzung hinsichtlich der in Kapitel II, 6.4.2 beschriebenen Kriterien geringfügig voneinander abweicht und zusätzlich die dort überprüften Variablen sich auf jede Person anders verteilen.

3 ERGEBNISTEIL: VERÄNDERUNGEN SPEZIELLER PROBLEME DURCH DIE FORTBILDUNG

ZUR ORIENTIERUNG

In dem diesem Ergebnisteil vorgeschalteten methodischen Exkurs haben wir herausgefunden, daß die 3 Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Ausgangsniveaus der im ersten Hauptteil dieser Studie dargestellten speziellen Probleme in hohem Ausmaß miteinander vergleichbar sind. Untersucht werden im folgenden Veränderungen, die sich zwischen den Vorher- und den Nachher-Werten ergeben haben. Hierzu wurde eine ausführliche Detailanalyse vorgenommen. Den Abschluß dieses Ergebnisteils bildet die Untersuchung weiterer auffälliger Veränderungen.

Der Ergebnisdarstellung haben wir ein weiteres methodisches Kapitel vorgeschaltet. Es handelt sich hier um eine Einführung für den an der Detailanalyse interessierten Leser. Der an einem schnellen Überblick interessierte Leser findet die wesentlichen Resultate der Vorher-Nachher-Untersuchung in dem zusammenfassenden 4. Ergebnisteil dieses Berichtes.

3.1 METHODISCHE EINFÜHRUNG

Für die Praxis Klinischer Psychologie in der Altenpflege und insbesondere der Fortbildung interessierte uns hier vor allem die Frage, in welchen Einzelaspekten sich möglicherweise Veränderungen vollzogen haben (*inhaltliche Analyse*). Auch ist es interessant zu wissen, ob bestimmte Probleme durch die Fortbildung möglicherweise angewachsen sind oder sie aufgehalten werden konnten. Methodisch betrachtet handelt es

sich um eine differenzierte Variablenkontrolle.

5 Aspekte sind bei der folgenden Darstellung zu beachten.

- Es werden vorrangig Verringerungen von Problemen bei der VG erläutert. Die Zunahme von Problemen (in der VG und in den KGs) wurde nur dann interpretiert, wenn sie auffallend war. In einem zusammenfassenden Vergleich der 3 Gruppen werden Ab- und Zunahmen (Teil 4) wieder aufgegriffen und zusammenfassend interpretiert.
- Bei der Darstellung wurde der folgenden Frage nachgegangen: Änderten sich die bei der Problembeschreibung angegebenen Prozentsätze im Durchschnitt der Gruppe oder nicht. Diese quantifizierende Auswertung von Einzelproblemen verdeckt Differenzen zwischen einzelnen Personen. Diese gleichen sich aus, so wie sich bei einer personenorientierten Auswertung die "Inhalte" (Probleme) zahlenmäßig ausgleichen.

Beispielsweise kann es sein, daß durch die Fortbildung bei einigen Teilnehmern Vermeidungsverhalten abnimmt, während es bei anderen zunimmt oder sich neu entwickelt. Es müssen dann schon relativ viele der Teilnehmer einheitliche Veränderungen aufweisen, damit dieses im Durchschnittsergebnis sichtbar wird. Für die 25 Personen umfassende VG gilt dieses noch mehr als für die zahlenmäßig kleineren Kontrollgruppen (15 und 17 Personen), deren Werte bei Angaben in relativen Häufigkeiten stärker ins Gewicht fallen. Vor allem deshalb, weil Verhalten prinzipiell änderbar ist, also auch die Zunahme von Verhaltensproblemen als relativ normal angesehen werden kann, wurde diese durchschnittliche Betrachtungsweise hier bevorzugt. Sie allein ermöglicht die Aufklärung inhaltlicher Detailprobleme, um die es hier geht. Die Zusammenfassung einzelner Werte erfolgte hier lediglich, um zu verdeutlichen, daß sich bei der VG eine einheitliche Verringerung von Problemen ergeben hat, die Lernerfolge hier also einander nicht ausgleichen.

- Folgender Interpretationsmodus wurde bei der Darstellung gewählt: Differenzen zwischen dem Vorher- und dem Nachher-Wert, die sich in einem Spielraum von 20 % befinden, wurden als "nicht verändert" interpretiert ($\pm 10\%$). Differenzen von größer als 25 % vom Vorher-Durchschnittswert gelten als deutliche Veränderungen ($\pm 25\%$).

Solche Werte, die zwischen 10 % und 25 % liegen, werden allgemein als Veränderungen angesehen (+ 10 % bis +25 %).

Die Grenze von + 10 % ergibt sich aus den empirischen Daten. Die zuvor bestehenden Unterschiede zwischen den Gruppen lagen, bezogen auf alle Aspekte, bei $\bar{x}_{\max} = 7.57 + s = 2.69 \% = \text{ca. } 10 \%$

Im Überblick:

+ 10 %	:	keine Veränderung (Spielraum: 20 %)
+ 10 % - 25 %	:	Veränderung (Spielraum: 50 %)
+ 25 %	:	deutliche Veränderung (Spielraum: 50 % und mehr)

Wenn hier also ein Spielraum von 20 % angenommen wird, dürfte dieses bei der hier zugrundeliegenden Fragestellung hinreichend sein, um Bedeutsamkeiten zu definieren. Wir haben auf die Errechnung von Signifikanzen verzichtet, weil uns dieser Arbeitsschritt im Vergleich zu der hier interessierenden Aufklärung inhaltlicher Detailprobleme nicht erforderlich schien.

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß sich durch unterschiedliche Auswertungsmodi die Aussagen nicht wesentlich verändern würden. Dieses ergibt sich auch bei der Gesamtansicht aller 228 Veränderungsdaten (76 Aspekte bei 3 Gruppen). Die absoluten Maximalwerte liegen hier bei -56 % und +35 %; die durchschnittliche Veränderung bei $\bar{x} = 10.1 \%$; $s = 9.37 \%$).

- Verringerungen der Durchschnittswerte werden allgemeiner als Verringerungen von Problemen interpretiert. Dieses schließt im Einzelfall nicht aus, daß eine Zunahme der Werte auch positive Effekte einschließen kann.

Ein Beispiel soll dieses verdeutlichen:

Bedeutsame Verringerungen des Wertes bei dem Item "Ich weiß häufig nicht, was Sterbende von mir erwarten" bedeutet zwar eindeutig, daß die Pflegenden im Durchschnitt betrachtet Wünsche und Erwartungen nun besser einschätzen können als zuvor. Aber auch die Zunahme dieses Durchschnittswertes kann z.B. auf ein vergrößertes Problembewußtsein hinweisen. Dieses ist dann anzunehmen, wenn der Durchschnittswert VORHER sehr gering war. Ähnliches gilt

z.B. auch für die Zunahme von Selbstvorwürfen oder Belastungen, die zuvor aufgrund fehlender Sensibilität nicht empfunden wurden. Im Kapitel IV, 2.7.1 konnten jedoch große Differenzen zwischen den Gruppen hinsichtlich der 76 Fragen in nur einigen wenigen Aspekten festgestellt werden. Diese werden bei der Interpretation besonders berücksichtigt. Die Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der Problemausgangslage ermöglicht damit weitgehend, Verringerungen der Werte mit einer Verringerung von Problemen gleichzusetzen.

Es muß hier hinzugefügt werden, daß die meisten Probleme sich nur dann deutlich verringern können, wenn die Personen zuvor ein Stadium der Problemsensibilität durchlaufen haben. Ein vergrößertes Problembewußtsein kann somit als Zwischenstadium einer umfassenderen Problemlösung betrachtet werden.

- Und schließlich eine weitere Voraussetzung, die in die Interpretation eingeht: Auch eine sehr große Abnahme von Problemen kann kritisch sein. Z.B.: Die starke Verringerung des Wertes von "Wenn ich Bewohner sterben sehe, bedrückt mich das oft" könnte Ausdruck von wachsender Distanz sein, aber auch von einer besseren Bewältigung dieses Gefühles im Zusammensein mit alten Menschen. Die Analyse im Einzelfall muß ergeben, wie solche Ergebnisse interpretiert werden sollten. Auch hier kann prinzipiell von einem relativen Gleichstand der Probleme vor der Fortbildung ausgegangen werden. Dieses stellt eine günstige Voraussetzung für die Interpretation dar.

3.2 VERÄNDERUNGEN

3.2.1 Weniger Probleme im Umgang mit berufsbedingten Belastungen

Darstellung In 6 der 11 beschriebenen Aspekte ergab sich für die Pflegenden der VG nach der Fortbildung eine Verringerung der Belastungen (gegenüber 3 bei der KG I und 3 bei der KG II).

Beschreibung Quantitativ betrachtet verspüren die Pflegenden der beiden Fortbildungsgruppen weniger oft eine allgemeinere besitzer-

greifende innere Unruhe. Der Prozentwert im Vergleich zur Ausgangslage ist nun bei der VG um 13 % geringer, ebenso bei der KG I (-14 %). Bei der KG II liegt er nun um 20 % höher als zuvor.

Differenzen werden im folgenden abgekürzt mit (35. DIFF.: -13; -14; +20). Die 1. Ziffer kennzeichnet die Itemnummer; "n.v." bedeutet in dem Spielraum von 20 % (± 10 %): "nicht verändert".

Bei allen Gruppen besteht jedoch das Gefühl, manchmal durch die Arbeitsbelastung nicht richtig durchatmen zu können, unverändert fort (5. DIFF.: n.v.; n.v.; n.v.). Die Teilnehmer der psychologisch orientierten Fortbildung machen sich jetzt weniger Vorwürfe, sich um bestimmte Bewohner nicht gekümmert zu haben (52. DIFF.: -19; n.v.; +13), und es belastet sie jetzt weniger, schwerkranke alte Menschen zu pflegen, in deren Lage sie sich versetzen (79. DIFF.: -13; n.v.; -13). Ebenso wie die Versuchspersonen der KG ohne Fortbildung verschaffen sie sich häufiger Ruhe, um ihren Arbeitsablauf zu planen (83. DIFF.: -15; n.v.; -27). Es gelingt ihnen etwas besser, auch einmal "abzuschalten" (14. DIFF.: -15; n.v.; n.v.), und sie nehmen sich nach der Fortbildung häufiger die Zeit, mit anderen über die persönlichen Dinge zu sprechen, die sie bei der Arbeit erleben (76. DIFF.: -17; +14; -13). Dieser Entlastungsfaktor änderte sich quantitativ betrachtet auch bei der KG II, während die Teilnehmer der Gruppe mit einer herkömmlichen Fortbildung nun noch seltener dazu kommen, persönliche Erlebnisse mit anderen zu teilen (vgl. auch Tabelle IV-15 in Ergebnisteil 2).

Faßt man die Differenzwerte der 3 Gruppen zu diesen 6 Aspekten zu einem Durchschnittswert zusammen, so ergibt sich für die VG eine Verringerung der Belastungen von ca. 15 %, der KG I um ca. 3 % und der KG II um ca. 5 %.

Interpretation Insgesamt betrachtet, ist ein Teil der Verringerung der Belastungen vermutlich auf die Fortbildung zurückzuführen. Wie die unterschiedlichen Werte der KG II jedoch zeigen, spielen auch andere Belastungs- und Bewertungsfaktoren eine Rolle.

In der VG konnten in keinem Aspekt durchschnittliche Verringerungen um mehr als 19 % festgestellt werden. Den höchsten Wert erzielte die KG I

in der Frage 18 (-33 %), die im Vergleich des Ausgangsniveaus als ein besonderes Problem dieser Gruppe herausgestellt worden war.

Dennoch ist jegliche Verringerung der Dauerbelastungen bedeutsam, vor allem dann, wenn Pflegende die Fähigkeit erworben haben, Entlastungen in Anspruch zu nehmen.

Dieses Ergebnis ist auch noch unter einem anderen Aspekt positiv. Es kann vorgesetzt werden, daß durch eine intensive psychologische Fortbildung die emotionalen Belastungen ansteigen. Es ist deshalb nicht unwahrscheinlich, daß die Verringerung ein Ergebnis des intensiven Erfahrungsaustausches über Kontrollmöglichkeiten von Belastungsfaktoren darstellt.

3.2.2 Weniger Probleme bei der Initiierung gezielter psychologischer Hilfe

Schon im Teil 2 der Ergebnisse wurde der Lernzuwachs durch die Fortbildung als Verbesserung der Alltagsinteraktion beschrieben.

Darstellung Nimmt man die hier gestellten 16 Fragen zum Kriterium, zeigt sich bei der VG eine Verringerung der Probleme in 8 Aspekten (gegenüber 5 bei der KG I und 2 bei der KG II).

Beschreibung Wiederum quantitativ betrachtet haben die Teilnehmer der VG nach der Fortbildung deutlich weniger Angst, daß "alles richtig aufbrechen" würde, wenn sie auf die Nöte alter Menschen eingingen (10. DIFF.: -26; n.v.; n.v.). Möglicherweise als Folge davon sprechen sie häufiger mit ihnen darüber (36. DIFF.: -13; +15; n.v.).

Hier ist anzumerken, daß sich beide Fortbildungsgruppen damit in der Gesprächshäufigkeit dem vorherigen Normwert annähern. Die Frage 36: "Ich spreche nur manchmal mit einem Bewohner über dessen Sorgen und seelische Probleme" war zuvor von 53 % der 65 Befragten mit "ja, stimmt" beantwortet worden, wobei die VG einen überdurchschnittlich hohen Anteil hatte. Die Veränderungen 8 Monate später stellten sich wie folgt dar:

- o VG von 75 % auf 62 % (DIFF.: -13 %)
- o KG I von 42 % auf 57 % (DIFF.: +15 %)
- o KG II - keine Veränderung

Es kann daraus die vorsichtige Schlußfolgerung gezogen werden, daß etwa jeder 2. Pflegende auch allgemeiner be-

trachtet "nur manchmal" in seinem Arbeitsalltag intensiver auf seelische Probleme eines Bewohners eingeht. Hier sei vorweggenommen: Diesem Wert hat sich die VG auch langfristig angenähert (VG von 75 % auf 62 % auf 49 %).

Im Anschluß an die psychologische Fortbildung befinden sich ihre Teilnehmer seltener in der Situation, nicht zu wissen, wie sie durch ein Gespräch helfen können (74. DIFF.: -10; n.v.; n.v.) und haben gegenüber Bewohnern, die sie als schwierig empfinden, weniger Probleme, ein solches einzuleiten (40. DIFF.: -13; -17; +13). Auch können sich die Schwestern und Pfleger angemessener verhalten, wenn ein Bewohner die Pflege verweigert (30. DIFF.: -12; -12; +26).

Wie in der Beurteilung des Lernzuwachses gaben die Teilnehmer der VG auch in diesem Kontext an, daß es ihnen nun deutlich besser gelingt, ein Vertrauensverhältnis zu Bewohnern herzustellen (47. DIFF.: -25; -17; +20).

So wie diese deutliche Verringerung der Probleme wird auch die Zunahme an "zugehender Hilfe" durch die hier gestellten Fragen bestätigt.

Die Teilnehmer verhalten sich nach ihren übereinstimmenden Angaben nicht mehr so oft abwartend, sondern sprechen alte Menschen von sich aus häufiger auf ihre Sorgen hin an (26. DIFF.: -20; +10; n.v.). Auffälliges Verhalten schreiben sie, ebenso wie die Versuchspersonen der KG II, ein wenig häufiger auf als vorher (48. DIFF.: -12; n.v.; -33).

Faßt man die Werte zu diesen 8 Fragen zusammen, so ergibt sich für die VG eine durchschnittliche Abnahme der Probleme von 16 %, der KG I von 2 % und bei der KG II eine Zunahme von ca. 3 %.

Interpretation Die Angaben der Vorher-Nachher-Erhebung sind im wesentlichen stimmig mit denen der abschließenden Beurteilung des Lernzuwachses durch die Teilnehmer. Durch die Ergebnisse werden Verbesserungen in der Alltagsinteraktion zwischen Pflegenden und Bewohnern konkretisiert.

Im Vergleich dazu wurde bei Einzelaspekten in den Kontrollgruppen eine Zunahme von Problemen festgestellt.

3.2.3 Gleichstand der Probleme bei der Einschätzung psychologischer Zusammenhänge

Es ist kaum zu vermuten, daß sich durch eine (psychologische) Fortbildung Urteilsprobleme wesentlich verringern. Im Gegenteil: Es entstehen eher neue, die jedoch durch die Fortbildung aufgefangen werden sollten. Teilnehmer sollten sich in psychologischen Fragen anschließend zwar mehr zutrauen, d.h. sich überhaupt "an die Seele herantrauen", wie ein Teilnehmer sich ausdrückte. Andererseits sollten sie aber auch ihre eigenen Grenzen erkennen. Ob die Teilnehmer diese Grenzen ihrer Beurteilungsfähigkeit ebenso beachten wie die Möglichkeiten, wurde nicht in den Itemkatalog aufgenommen, weil diese Frage komplexe Beurteilungsprobleme des Einzelfalles aufwirft.

Darstellung Hinsichtlich der in diesem Zusammenhang gestellten 5 Fragen konnten bei der VG keine Veränderungen festgestellt werden, d.h. also auch keine Zunahme der Probleme. Die Kontrolle dieser Variablen stellte sich im nachhinein als sehr sinnvoll heraus.

Beschreibung Bei den Kontrollgruppen ergaben sich folgende Werte. Die Personen der KG I gaben in 3 Aspekten (43. DIFF.: n.v.; -21; n.v.) / (37. DIFF.: n.v.; -54; n.v.) / (60. DIFF.: n.v.; -13; n.v.) und derjenigen der KG II in 1 Aspekt eine Verringerung der Probleme an (3. DIFF.: n.v.; n.v.; -20). Gleichzeitig aber konnten in der KG I zwei extreme Veränderungswerte festgestellt werden, die am höchsten von allen 228 eingehenden Werten lagen. Sie sollen hier ausnahmsweise beschrieben werden.

Die Teilnehmer der herkömmlichen Fortbildung gaben zum einen mit einer Verringerung von 54 % an, daß sie Bewohner jetzt nicht (mehr) besser pflegen könnten, wenn sie mehr psychologisches Wissen hätten (Item 37: -54 %). Die meisten Teilnehmer glauben also, jetzt über ein ausreichendes Maß an psychologischem Wissen verfügen zu können.

Dem widerspricht das zweite Extremergebnis, bei dem zutage tritt, daß viele dieser Teilnehmer nach der Fortbildung weniger als zuvor in der Lage sind, den ersten, wichtigsten Beurteilungsschritt zu vollziehen - nämlich zu entscheiden, ob ein Bewohner überhaupt Probleme hat oder nicht (73. DIFF.: n.v.; +35; n.v.).

Die Ergebnisse von 2 weiteren Items können zur Aufklärung herangezogen werden:

1. 67 % der Pflegenden der KG I glauben nach wie vor unverändert meistens, daß das, was sie an psychologischer Hilfe leisten, richtig ist (Item 19).
2. Trotz einer Verringerung von 21 % können nach der Fortbildung immer noch 71 % nach eigenen Angaben zu oft nicht einschätzen, ob sie die seelischen Probleme der Bewohner angemessen beurteilen oder nicht (Item 43).

Interpretation Es muß dahingestellt bleiben, ob diese widersprüchlichen Ergebnisse bei der KG I nicht vielleicht negative Folgen von zu kurzen Lerneinheiten über Psychologie, Psychosomatik und Psychiatrie sein könnten, in denen es nicht möglich ist, notwendige Phasen der Verunsicherung aufzuarbeiten.

Die Angaben der Fortbildungsteilnehmer bei den Fragen zum Lernzuwachs, gelernt zu haben, Bewohner angemessener beurteilen zu können (was in sich als kritisch dargestellt wurde), wird durch die hier vorgestellten Ergebnisse relativiert. Über alle 5 Items betrachtet bestehen noch immer bei 72 % aller Pflegenden Urteilsprobleme. Dieses belegt die Notwendigkeit enger Zusammenarbeit mit Klinischen Psychologen in Form eines Mediatorenkonzeptes und Supervision. Widersprüchliche Ergebnisse bei der KG I, die offenlassen, ob sich die Teilnehmer in Beurteilungsfragen nicht vielleicht zu viel zutrauen, unterstützen diese generelle Forderung.

3.2.4 Weniger Probleme im Umgang mit alten Menschen, die unter psychischen/sozialen Problemen leiden bzw. als "schwierig" empfunden werden

Darstellung Bei der Befragung 8 Monate nach Beginn der Fortbildung gaben die Pflegenden der VG im Schnitt hier weniger Probleme an als zuvor, nämlich in 8 von 11 Aspekten (gegenüber 3 bei der KG I und 1 bei der KG II).

Beschreibung Die VG-Teilnehmer sprechen nicht nur häufiger mit den alten Menschen über ihre Sorgen und Nöte, wie es zuvor beschrieben wurde, es fällt ihnen auch leichter, hierauf einzugehen, wenn Bewohner dieses von sich aus deutlich machen (13. DIFF.: -31; -21; n.v.).* Auch geben viele Pflegende an, daß sie alten Menschen, die sich im Kontakt mit anderen häufig unsicher und gehemmt verhalten, nun besser helfen können (92. DIFF.: -32; -10; n.v.). Es ist zu vermuten, daß die Kommunikationserfordernisse eines Fortbildungsseminares diese Fähigkeit fördert.

Als weiteres bedeutsames Resultat der psychologischen Fortbildung kann gewertet werden, daß ihre Teilnehmer sich nun besser in der Lage fühlen, alten Menschen zu helfen, die über längere Zeit sehr traurig und niedergedrückt wirken (94. DIFF.: -32; n.v.; +20). Auch wissen sie besser, wie sie sich verhalten sollen, wenn sie mit passiven und antriebslosen alten Menschen zusammen sind (28. DIFF.: -17; n.v.; +20).

Diese beiden Ergebnisse sind deshalb bedeutsam, weil depressive Verstimmungen im Alter so häufig sind und die Hilfsmöglichkeiten sich bei andauerndem Zusammenleben erfahrungsgemäß immer mehr einschränken.

Weiter geben Pflegende an, daß sie sicherer im Umgang mit solchen Bewohnern geworden sind, die verbittert wirken, häufig enttäuscht worden sind oder unter starken Ängsten leiden (58. DIFF.: -12; n.v.; -13) / (91. DIFF.: -13; +12; n.v.). Wenn sie über das Verhalten einiger alter Menschen verärgert sind, nutzen die Pflegenden der psychologischen Fortbildung ihre Machtposition weniger aus (100. DIFF.: -11; n.v.; n.v.).

Faßt man diese 7 Gesichtspunkte zu einem Durchschnittswert zusammen, so gaben die Pflegenden der VG nach der Fortbildung eine Verminderung der hier geschilderten Probleme um 21 % an, die der KG I um 4 % und die der KG II um 2 %.

Interpretation Angesichts der Tatsache, daß viele alte Menschen in Altenpflegeeinrichtungen von Pflegenden subjektiv als "schwierig" empfunden werden, sind diese Veränderungen als sehr bedeutsam zu beurteilen. Selbst wenn diese Erfolge langfristig ohne weitere Fortbildung und Unterstützung fast nicht anhalten können, so beeinflußt das

* Dieser Aspekt wurde diesem Problembereich zugeordnet, weil es sich nicht mehr nur um das "Vorfeld" der Hilfe handelt, sondern um bereits versuchte Hilfe. Die Zuordnung ist jedoch willkürlich.

Erlebnis, prinzipiell besser helfen zu können, vermutlich die Einstellung zu psychischem Leiden.

Dieses gilt auch für die besondere Situation der Sterbebegleitung, die nach den in dieser Arbeit beschriebenen Vorstellungen frühzeitig beginnen sollte. Rückt man den Gedanken präventiver Hilfe in den Mittelpunkt, dann werden verbale und emotionale Reaktionen in Randgesprächen und Bemerkungen ebenso wichtig, wie im intensiveren Gespräch. Intensivere Gespräche sind in der Zeit kurz vor dem Sterben oft nicht mehr möglich, weil körperliches Leiden und auch der Wunsch nach seelischer Ruhe in den Vordergrund tritt. Auch sind Sterbende häufig nicht mehr in der Verfassung, ihre körperliche und seelische Not in Worten auszudrücken. Allein deshalb ist es so wichtig, daß Pflegende schon frühzeitig ihre innere Bereitschaft bekunden, als Gesprächspartner für den anderen dazusein. Sie selbst sollten, wenn eben möglich, nicht dazu beitragen, das Sterben und den Tod zu tabuisieren.

3.2.5 Weniger Probleme bei der Begleitung Sterbender

Darstellung 13 Fragen wurden zu diesem Bereich gestellt, 3 davon beziehen sich auf den Umgang mit Angehörigen.

Eine Verringerung der Probleme konnte bei der VG in 8 Aspekten festgestellt werden (gegenüber 3 bei der KG I und keinem Aspekt bei der KG II). Im Gegenteil, in beiden Kontrollgruppen nahmen die Schwierigkeiten zum Teil erheblich zu.

Beschreibung Vor allem die Pflegenden der VG gaben an, besser darauf eingehen zu können, wenn alte Menschen immer wieder davon sprechen, daß sie sterben möchten (68. DIFF.: -34; -15; n.v.). Wenn sie die Angst alter Menschen vor dem Tod spüren, fühlen sie sich im Anschluß an ihre Reaktionen darauf nicht mehr so hilflos wie zuvor (34. DIFF.: -26; +11; +20). Es bedrückt sie nicht mehr ganz so tief, wenn sie erleben, daß Bewohner sterben (75. DIFF.: -17; n.v.; n.v.). Es kommt deutlich seltener vor, daß sie sich innerlich gegen das Vertrauen sperren, welches alte Menschen ihnen in ihrer Hilflosigkeit entgegenbringen (44. DIFF.: -32; +21; n.v.). Möglicherweise in der Folge davon sind sie im Gespräch mit Sterbenden weniger nervös und ange-

spannt (96. DIFF.: -20; -10; +20).

Deutlich verringerten sich auch die Probleme im Umgang mit Angehörigen: Die Pflegenden beider Fortbildungsgruppen fühlen sich deutlich mehr verantwortlich für das psychische Befinden der Angehörigen und nehmen sich mehr Zeit für sie. Sie helfen ihnen, das Sterben ihrer Mutter oder ihres Vaters, der Schwester oder des Bruders besser zu ertragen (9. DIFF.: -33; -27; +20). Auch wenn sie etwas über den zwischenzeitlichen Zustand des Sterbenden mitteilen, können die Pflegenden der VG jetzt besser auf besorgte Angehörige eingehen (25. DIFF.: -21; n.v.; n.v.). Es gelingt ihnen schließlich ein wenig besser, Angehörigen zu vermitteln, daß ihr Verhalten dem Sterbenden seine Situation erleichtern soll (16. DIFF.: -15; +18; n.v.).

Dieses sind wichtige Aspekte des Verhaltens von Angehörigen, die manchmal bedrückter sind als der Sterbende selbst, nervöse Unruhe und tiefe Angst ausstrahlen oder durch zu große Besorgnis unnötig Erschwernisse schaffen. Diesen Menschen, die durch die Konfrontation mit dem Tod selbst überfordert sind, ist es schwer zu vermitteln, sich einem Sterbenden gegenüber anders zu verhalten.

Eine Zusammenfassung der Werte zu diesen Problemveränderungen ergibt bei der VG die Verringerung von durchschnittlich 25 %, bei der KG I um 1 % und bei der KG II um eine Zunahme um 9 %.

Interpretation Wie auch in anderen bisher beschriebenen Bereichen gleichen sich in den Kontrollgruppen die Zu- und Abnahme von Problemen numerisch häufiger aus. Dieses ist besonders durch die deutliche Zunahme der zuvor dargestellten Probleme in der KG I auffallend. Ein Thema wie die Sterbebegleitung sollte aus psychologischer Sicht auch die Effekte einbeziehen, die sich bei Pflegenden dadurch ergeben, daß Tabus durchbrochen und bisher verdrängte Ohnmachtsgefühle bewußt zugelassen werden.

In dem Seminar der herkömmlichen Erwachsenenbildung ist dieses offensichtlich nicht gelungen. Die Zunahme der Probleme kann hier allenfalls als erweitertes Bewußtsein für die Problematik gewertet werden. Dieses aber hat in der Praxis scheinbar nicht hilfreiche Effekte nach sich gezogen. (Hier: Die Teilnehmer dieser Gruppe fühlen sich hilflos

ser als vorher und sperren sich mehr als zuvor gegen das Vertrauen, das ein Sterbender ihnen geben würde. Sie möchten nun Sitzwache und Gespräche mit Sterbenden deutlich häufiger als zuvor lieber jemandem anders überlassen (93. DIFF.: n.v.; +32; n.v.) und sind jetzt noch unsicherer darin, was Sterbende von ihnen erwarten (42. DIFF.: n.v.; +21; +20).

Es muß auch an dieser Stelle offenbleiben, ob nicht ein Großteil der Pflegenden der KG I durch die Erarbeitung des Themas in dieser Form überfordert worden ist.

Für die VG kann festgestellt werden, daß die zum Teil deutlichen Verringerungen der Probleme auf die Fortbildung zurückgeführt werden können. Eine Zunahme von Problemen, wie sie in der KG I und der KG II beobachtet wurde, traten hier nur in einem Aspekt ein: Die körperliche Pflege lebensbedrohlich erkrankter alter Menschen ist für diese Pflegenden jetzt mit größeren emotionalen Anstrengungen verbunden. Während es vor der Fortbildung nur 8 % der Teilnehmer "fast jedes Mal" Überwindung gekostet hatte, Todkranke zu pflegen, gaben dieses anschließend im Schnitt 24 % der Krankenschwestern und Altenpfleger an (55. DIFF.: +16; n.v.; n.v.). Möglicherweise fühlen sie sich jetzt mehr unter dem Druck, neben der körperlichen Hilfe auch Beistand in seelischen Nöten anzubieten.

Insgesamt betrachtet profitierten die Pflegenden der VG durch die Fortbildung im Aufgabenbereich der Sterbebegleitung am deutlichsten. Dieses Resultat ergibt sich bei dem Vergleich aller Problembereiche über die 3 Gruppen.

3.2.6 Relativer Gleichstand spezieller Probleme im Umgang mit Mitarbeitern

Darstellung Allgemeinere Mitarbeiterprobleme und ihre Verringerung durch Fortbildung wurden im 2. Teil der Ergebnisse dargestellt. Speziellere Mitarbeiterprobleme, wie sie im Rahmen der Vorher-Nachher-Befragung erhoben wurden, verringerten sich bei der VG nur in 1 von 9 Aspekten (gegenüber 3 bei der KG I und ebenfalls 1 bei der KG II).

Beschreibung Die Teilnehmer der VG sprechen nun, ebenso wie diejenigen der KG I, durchschnittlich häufiger mit ihren Vorgesetzten über die seelischen Probleme von Bewohnern (6. DIFF.: -15; -12; n.v.).

Probleme wie "Nicht Nein-Sagen" zu können, sich zu nachgiebig bei Meinungsverschiedenheiten zu verhalten oder sich Mitarbeitern gegenüber sehr verschlossen zu verhalten, änderten sich durch diese Form der Fortbildung kurzfristig nicht.

Solche Probleme sind im Gegenteil eher angewachsen. Eine Erklärung hierfür liegt darin, daß Pflegende, wie sie berichteten, ihren Mitarbeitern jeweils mit (zu?) großem Engagement vermitteln möchten, was sie in der Fortbildung erfahren haben.

Die Teilnehmer der VG sagen ihren Mitarbeitern nun seltener, was sie an ihrem Verhalten stört (90. DIFF.: +17; -35; n.v.); die Teilnehmer der KG I sind neben einem allgemeineren Anstieg an Mitarbeiterproblemen (27. DIFF.: n.v.; +16; n.v.) nach der Fortbildung weniger in der Lage, gegenüber Mitarbeitern auch ein "Nein" zu sagen (53. DIFF.: n.v.; +21; n.v.). Erklärbar ist ein solcher Problemzuwachs durch die Konflikte, die durch die Fortbildung neu entstanden sind.

Interpretation Trotz der beschriebenen Einschränkungen hätte eine Veränderung auch der spezifischen Mitarbeiterprobleme durch eine psychologische Fortbildung erwartet werden können. Daß dieses kurzfristig nicht der Fall war, deutet auf die Notwendigkeit hin, sich in Fortbildungen solchen Problemen noch intensiver zuzuwenden.

3.2.7 Weniger beziehungshemmende Gefühle von Pflegenden

Darstellung Bei den 6 hierzu erfragten Aspekten verringerten sich in der VG und der KG II jeweils 2, in der KG I keines der Probleme. Diese Ergebnisse sind jedoch - zumindest bei der KG I - aufgrund der gleichzeitigen Zunahme von 2 Werten nicht eindeutig.

Beschreibung Einige Krankenschwestern und Altenpfleger der psychologischen Fortbildung empfinden weniger oft Ekelgefühle, wenn sie alte Menschen pflegen. Diese Verringerung ist vor allem im Hinblick auf das überdurchschnittlich hohe Ausmaß vor der Fortbildung bedeutsam (22.

DIFF.: -19; n.v.; n.v.). Beide Fortbildungsgruppen gaben nun seltener an, daß "man durch die vielen alltäglichen Erledigungen oft zu viel Abstand zu Bewohnern bekommt"(46. DIFF.: -16; -32; n.v.). Sie verspüren also scheinbar bedingt durch ihr größeres und verändertes Engagement mehr Nähe zu den Bewohnern.

Diese Aussage ist jedoch bei der KG I nicht stimmig mit einem anderen Resultat: Ihre Teilnehmer gaben mit einer durchschnittlichen Zunahme von 28 % an, daß es leider so sei, daß man dem Schicksal der Bewohner gegenüber immer gleichgültiger werde (57. DIFF.: n.v.; +28; n.v.). Dieses Ergebnis mag auf einen Erkenntnisprozeß zurückzuführen sein, der ihnen bewußt gemacht hat, wie (relativ) wenig Einfühlungsvermögen sie vor der Fortbildung hatten. Dennoch scheinen diese Teilnehmer das Gefühl der Gleichgültigkeit als eine Form der inneren Distanzierung vom Leid des anderen zu akzeptieren. Es kann nämlich wohl ausgeschlossen werden, daß die Pflegenden dieses Item als ein allgemeines, von ihnen selbst völlig unabhängiges Statement beantworteten, indem sie die Situation beklagen, daß dieses Gefühl häufig bei Pflegenden zu beobachten sei.

Interpretation Zur Beurteilung der Veränderungen in diesem Bereich ist die Analyse eines außergewöhnlichen Ergebnisses erforderlich. Die Pflegenden beider Fortbildungsgruppen sprechen nun häufiger als zuvor mit alten Menschen über deren Nöte und Sorgen, obwohl sie eigentlich keine Lust dazu haben (49. DIFF.: +27; +21; n.v.). Die Zunahme dieses Wertes kann als Auswirkung von Fortbildung betrachtet werden, denn sie ergab sich als ein Sonderfall nicht bei der KG II (vgl. auch Tabelle IV-27).

Kritisch betrachtet ist dieses Ergebnis eine negativ zu bewertende Folge des Anspruches, für seelische Probleme ebenso Ansprechpartner zu sein wie für körperliche. Andererseits haben die Pflegenden bei der Veränderungsmessung aber vielleicht nur das ausgedrückt, was psychotherapeutisch tätige Helfer nur in ("geschlossenen") Supervisionssitzungen eingestehen, nämlich die Unlust, jederzeit berufsmäßig zur Verfügung stehen zu müssen. Es ist dann nämlich nicht mehr so einfach, das Postulat der Echtheit einzuhalten, wenn aktuelle Probleme immer wieder Beistand und Lösungen vom Helfer fordern. In dieser Situation

befinden sich Pflegende häufig, vor allem im Umgang mit akut oder chronisch desorientierten alten Menschen.

Insgesamt betrachtet ergab sich bei der VG eine Abnahme an beziehungs-hemmenden Gefühlen. Diese Verminderung ist jedoch nicht so groß, wie es zu wünschen gewesen wäre. Im Gegensatz zur VG sind die Ergebnisse der KG I in sich widersprüchlich. Hier ist ein Anwachsen emotionaler Distanz nicht auszuschließen.

3.2.8 Weniger Einstellungen, die gezielte psychosoziale Betreuung verhindern

Darstellung Zu diesem Fragenkomplex wurden 5 Fragen gestellt. Bei den beiden Fortbildungsgruppen stellten sich in 2 Aspekten Verringerungen dar, bei der KG II ohne Fortbildung in keinem.

Beschreibung Sowohl Teilnehmer der VG als auch der KG I nahmen im Gegensatz zu den Versuchspersonen der KG II Abstand von der Einstellung, daß die meisten seelischen Probleme der Bewohner so massiv seien, daß die Hilfe im Grunde zu spät komme (15. DIFF.: -25; -15; n.v.). Offensichtlich haben die Pflegenden erfahren, daß sie selbst "noch etwas tun" können. Auch dieses Detailergebnis ist mit den bisher gewonnenen Resultaten zur Veränderung "beruflicher Depression" und zum "Vertrauen in die Fähigkeit, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können" stimmig.

Die Zunahme eines Wertes der KG I ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Im Schnitt 14 % der Pflegenden dieser Gruppe meinten bei der Nachher-Befragung, daß seelische Hilfe und Gespräche nicht zu den wesentlichen Aufgaben des Berufes eines Altenpflegers gehöre. Bei der VG ist jetzt keiner der Pflegenden mehr dieser Meinung, so wie dieses vor der Fortbildung bei der KG I der Fall war (41. DIFF.: -16; +14; n.v.). Hintergrundinformationen aus dem Interview machten deutlich, daß Pflegende aus der KG I die Psychologie als zu schwierig für sie beurteilen und sie meinen, seelische Hilfen seien aufgrund des Schweregrades der Probleme ausschließlich Aufgabe von Psychiatern.

Aber auch bei der VG zeigte sich eine geringe Zunahme problematischer Einstellungen. So glauben nach der Fortbildung einige Teilnehmer ver-

mehrt, daß man Patienten, die an einer Arteriosklerose leiden, mit Worten nicht helfen könne (89. DIFF.: +12; n.v.; n.v.;).

Interpretation Die Beurteilung dieses Problemes ist bei Pflegenden allgemeiner nicht ganz unumstritten. Wir möchten diese Schwierigkeit im folgenden herausstellen, weil diese Frage in der Praxis von höchster (auch juristischer) Aktualität ist. Auch gewinnt die Beurteilung dieses Problems zunehmend an Bedeutung, weil "verwirrte alte Menschen" statt in ein Landeskrankenhaus vermehrt in Altenpflegeeinrichtungen eingewiesen werden.

Die Analyse der Veränderungswerte, die sich in allen Gruppen bei der Nachher-Befragung als tendenziell erhöht darstellte, gibt einen Hinweis auf diese Problematik. Von insgesamt 76 Items konnte bei 5 Fragen eine einheitliche, zum Teil geringfügige Erhöhung der Werte festgestellt werden. Von diesen 5 Aspekten bezogen sich immerhin 2 auf die beiden Fragen zum Umgang mit alten Menschen, die in ihrer Wahrnehmung und Orientierung eingeschränkt sind.

Auf die Frage 31: "Verwirrten Bewohnern kann man nicht mehr richtig helfen" antworteten die Pflegenden wie folgt:

VORHER : VG: 35 %; KG I: 33 %; KG II: 47 %

NACHHER : VG: 43 %; KG I: 47 %; KG II: 53 %.

Dieses entspricht nach dem hier gewählten Interpretationsmodus: (31. DIFF.: n.v.; +14; n.v.).

Bei der Frage 89: "Sklerotischen Patienten kann man mit Worten nicht helfen" stellten sich die Durchschnittswerte dar mit:

VORHER : VG: 38 %; KG I: 55 %; KG II: 47 %

NACHHER : VG: 50 %; KG I: 57 %; KG II: 53 %

(89. DIFF.: +12; n.v.; n.v.).

Es kann damit angenommen werden, daß auch nach einer mehr oder minder intensiv psychologisch ausgerichteten Fortbildung etwa jeder 2. Pflegende eine solche "nihilistische" Auffassung gegenüber diesen psychisch und körperlich chronisch kranken alten Menschen vertritt.

Spezifischere Fortbildungen zu diesem eng umgrenzten Problemkreis sind deshalb besonders von Nöten.

3.3 WEITERE AUFFÄLLIGE VERÄNDERUNGEN

3.3.1 Analyse

Abschließend möchten wir einige Besonderheiten bei den Vergleichswerten darstellen und interpretieren. Der Analyse unterzogen werden:

- a) diejenigen Werte, die bei der Nachher-Befragung in der Tendenz bei allen Gruppen erhöht waren
- b) diejenigen Werte, die bei der Nachher-Befragung in der Tendenz einheitlich niedriger waren und
- c) Werte, die bei allen Gruppen relativ unverändert blieben.

Interessant für die Praxis der Fortbildung ist neben der relativen Unbeeinflußbarkeit von Problemen schließlich die Frage, ob durch Fortbildung neue Probleme entstehen. Empirisch ausgedrückt: Gibt es bezogen auf die VG und die KG I Items, deren Veränderungswerte besonders auffallend waren (Zunahme von +25 %) und nun gleichzeitig über der Norm liegen, was zuvor nicht der Fall war.

Zu a) Wie im vergangenen Abschnitt angedeutet und zum Teil dargestellt wurde, zeigten sich bei 5 von 76 ausgewerteten Fragen mehr oder minder einheitliche Zunahmen der Werte. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über diese Aspekte.

Darstellung

Tabelle IV-24: Items, deren Werte einheitlich in allen 3 Untersuchungsgruppen anstiegen
(5 von 76) (Angaben in Prozent)
(*) umgekehrt ausgewertet

Item Nr.	Bezeichnung (Bereich)	Norm VORHER N=65	Differenzen zum eigenen Standard bei der:			
			VG	KG I	KG II	
7.*	Auch wenn ein Bewohner immer wieder von seiner Einsamkeit spricht, kann ich noch so darauf eingehen, daß es ihm hilft	18	+	8	+	30 + 13
42.	Ich weiß häufig nicht, was Sterbende von mir erwarten.	58	+	5	+	21 + 20

Fortsetzung: **Tabelle IV-24**

45.	In Mitarbeiterbesprechungen sage ich meist nur wenig	47	+	5	+	7	+	21
31.	Verwirrten Bewohnern kann man nicht mehr richtig helfen.	35	+	8	+	14	+	6
89.	Sklerotischen Patienten kann man mit Worten nicht helfen	46	+	12	+	2	+	6

Vorsichtig interpretiert enthält diese Tabelle Probleme, die bei Pflegenden generell im Anwachsen begriffen sind. Es sind auch besonders diejenigen, die Unsicherheiten ausdrücken. Bei Frage 7 mag hinzukommen, daß Pflegende durch Fortbildung ein umfassenderes Bewußtsein der sozialen Lage alter Menschen gewonnen haben, sie also ihre Einflußmöglichkeiten in der Vorher-Einschätzung überschätzt haben. Fortbildung kann besonders in diesen Punkten Probleme zunächst nur aufhalten. Die zum Teil deutlichere Zunahme bei den Kontrollgruppen mag als Hinweis darauf gewertet werden, daß es prinzipiell möglich ist, ein Anwachsen dieser Schwierigkeiten abzufangen.

Zu b) Eine in allen 3 Gruppen einheitliche Abnahme von Problemen nach 8 Monaten ist in 8 von 76 Aspekten feststellbar (vgl. dazu Tabelle IV-25). Mit anderen Worten: Bei 68 Items lagen in einer der Gruppen auch positive Differenzwerte vor - die Veränderungen variierten sehr stark von Gruppe zu Gruppe.

Die Interpretation "Die Verringerung dieser Werte ist durch Fortbildung wesentlich beeinflusst" kann für diese Aspekte nur eingeschränkt gelten.

Die Darstellung der relativ einheitlichen Verringerungen in der angegebenen Tabelle birgt eine kleine "empirische Überraschung": Bei der KG II konnte in 8 Aspekten eine bedeutsame Abnahme der Probleme festgestellt werden. 6 davon sind in dieser Aufstellung enthalten! Das hier vorgestellte Ergebnis erklärt möglicherweise diese Abnahme von Problemen in der KG II (außer bei diesen 6 Aspekten ergaben sich in dieser Gruppe Verringerungen bei den Items 76 und 57; vgl. Anhang 3.2.1). Die Verringerung der Probleme in dieser Gruppe scheint im Ver-

gleich der beiden anderen Gruppen "nichts Besonderes" zu sein. Oder anders ausgedrückt: Es sind Verringerungen, die unabhängig von der Fortbildung möglicherweise auch auf andere Variablen zurückgeführt werden können.

Darstellung

Tabelle IV-25: Items, deren Werte einheitlich in allen 3 Untersuchungsgruppen abnehmen
(8 von 76) (Angaben in Prozent)
(*) umgekehrt ausgewertet

Item Nr.	Bezeichnung	Norm VORHER N=65	Differenzen zum eigenen Standard bei der:			
			VG	KG I	KG II	
14.	Manchmal bin ich recht bedrückt in die Freizeit gegangen und konnte nicht richtig abschalten	84	- 21	- 8	- 7	
79.	Manchmal belastet es mich, Schwerkranke zu pflegen, weil ich immer daran denken muß, wie ich mich wohl verhalten würde, wenn ich auch so krank wäre	55	- 13	- 5	- 13	
83.	Ich verschaffe mir oft zu wenig Ruhe, um zu überlegen, was noch getan werden muß	57	- 15	- 3	- 27	
48.	Wenn sich ein Bewohner auffällig verhält, schreibe ich das meist auf	76	- 12	- 8	- 33	
3.	Häufig kann ich nicht verstehen, warum problematische Bewohner sich so verhalten wie sie es tun	73	- 13	- 5	- 13	
58.	Verbitterten und häufig enttäuschten Bewohnern kann ich oft nicht so helfen, wie man es vielleicht könnte	84	- 12	- 4	- 13	
4.*	Ich spreche manchmal mit Vorgesetzten über die seelischen Probleme mit Bewohnern	23	- 15	- 12	- 6	
39.	Bei Meinungsverschiedenheiten mit Mitarbeitern gebe ich lieber nach, als es zu einem Streit kommen zu lassen.	77	- 3	- 3	- 20	

Auffallend ist unter inhaltlichen Gesichtspunkten, daß 3 der 8 Items aus dem Bereich der "Belastungen" stammen. Dieses mag damit zusammenhängen, daß große Belastungen akut entstehen z.B. durch das Zusammenreffen von plötzlichem Personalausfall und akutem Krankheitsverlauf bei extrem pflegebedürftigen Patienten o.ä. und der Zeitraum nach Weihnachten (der Zeitraum, auf den sich die Nachher-Befragung vorrangig bezog) von Pflegenden vergleichsweise als Entspannung empfunden wird.

Für die anderen - wie die Tabelle zeigt, nur bedingt einheitlichen - Abnahmen ist eine Erklärung schwierig. Es mag sein, daß hier individuelle Problemlagen Veränderungen hervorgerufen haben, die sich in diesen Angaben niederschlugen. Dieses muß jedoch wie auch die obige Erklärung Vermutung bleiben. Auch können wir methodische Erklärungen nicht ausschließen: Es ist möglich, daß in der KG II der geringfügig höhere durchschnittliche Grad an SE/SÜ zum Tragen gekommen ist (z.B. bei Item 3, 39, 83 und 48). Aber auch diese Erklärung ist unbefriedigend, weil viele, auch schwierige Fragen, von dieser Gruppe sehr offen beantwortet wurden.

Die Ergebnisse der VG werden durch die Vermutung allgemeinerer Tendenzen nur zum Teil eingeschränkt. Entsprechend der zuvor aufgestellten (strengeren) Kriterien kann nämlich bei keinem der hier dargestellten Aspekte eine tatsächliche, einheitliche Verringerung konstatiert werden (nur eine Verringerung von mindestens $\pm 10\%$ wurde als "Veränderung" interpretiert).

Methodisch betrachtet, bedeutet dieses Ergebnis nach dem strengeren Interpretationsmodus, daß fast alle Items als "änderungssensitiv durch Fortbildung" gekennzeichnet werden können. Auch wird durch die Analyse der empirischen Daten der Interpretationsmodus selbst als angemessen bestätigt.

Zu c) Im folgenden nun sollen diejenigen Werte untersucht werden, die in allen 3 Gruppen relativ unverändert blieben. Es sind dieses die Items, die nach dem gewählten Interpretationsmodus als "nicht änderungssensitiv" gekennzeichnet werden müssen, weil sie den Spielraum von 20% (d.h. $\pm 10\%$) einheitlich nicht überschreiten.

Bei 5 von 76 Problemaspekten ist dieses der Fall wie die folgende Tabelle zeigt.

Darstellung

Tabelle IV-26: Items, deren Werte einheitlich in allen 3 Untersuchungsgruppen keine Veränderung anzeigten (5 von 76) (Angaben in Prozent)
*) umgekehrt ausgewertet

Item Nr.	Bezeichnung (Bereich)	Norm VORHER N=65	Differenzen zum eigenen Standard bei der:			
			VG	KG I	KG II	
19.	Oft weiß ich nicht, ob das, was ich an psychologischer Hilfe leiste, richtig ist oder nicht	75	+	7	+	0 6
38.	Oft ärgere ich mich zu schnell über Bewohner	46	+	8	-	6 6
61.*	Gegenüber mehreren Bewohnern empfinde ich so etwas wie Zärtlichkeit	40	-	3	-	4 0
78.*	Ich finde meist die richtigen Worte, um einem Sterbenden zu helfen	54	-	5	+	2 3
5.	Manchmal habe ich das Gefühl, ich könnte nicht richtig durchatmen, weil mich die Arbeit so belastet.	46	-	4	-	6 7

Bezüglich der hier dargestellten Gesichtspunkte ist durch Fortbildung eine Veränderung für viele Teilnehmer offensichtlich schwerer erreichbar. Wie die Tabelle zeigt, enthalten diese Problemaspekte allesamt starke emotionale Anteile. Auch dieses Ergebnis mag als Hinweis auf die Notwendigkeit der Bildung kleinerer, kontinuierlicher Fortbildungs- und Supervisionsgruppen verstanden werden.

3.3.2 Welche Probleme können durch Fortbildung neu entstehen?

Innerhalb eines gewissen Spielraumes entstehen selbstverständlich neue Probleme. Dieses sind vor allem solche, die durch ein erweitertes Problembewußtsein bedingt sind.

Zur Erfassung von deutlich neu auftretenden Schwierigkeiten wurde analysiert, ob nach der Fortbildung im Gegensatz zu vorher Werte deutlich über der Norm liegen. Hier wurde ein Kriterium von etwa + 20 % Zunahme im Vergleich zum vorherigen Normwert gewählt, zum einen, weil die Versuchspersonen selbst mit in den Normwert eingingen, zum anderen aber, weil der Mittelwert aller Veränderungswerte hinsichtlich der 3 Gruppen (228 Items) bei $\bar{x}_{\max} = 19.49$ ($\bar{x} = 10.12 + s = 9.37$) lag.

In der folgenden Tabelle sind alle Items, die dieses Kriterium erfüllen, zur Übersicht zusammengestellt.

Darstellung

Tabelle IV-27: Analyse durch die Fortbildung neu entstandener Probleme

(8 von 76 Items) (Angaben in Prozent)

Items, deren Werte nach der Fortbildung im Gegensatz zur Vorher-Erhebung deutlich über der Norm liegen.

Item Nr.	Bezeichnung	Norm VORHER N=65	NACHHER-Wert deutlich über der Norm?	
			VG	KG I KG II
84.	Ich komme selten dazu, mal in einer Fachzeitschrift oder einem Fachbuch zu lesen	65	nein	ja (+22) nein
73.	Ich glaube, daß ich beurteilen kann, ob ein Bewohner seelische Probleme hat oder nicht.	27	nein	ja (+33) nein
7.	Auch wenn ein Bewohner immer wieder von seiner Einsamkeit spricht, kann ich noch so darauf eingehen, daß es ihm hilft	18	nein	ja (+29) nein
34.	Wenn ich merke, daß ein Bewohner Angst vor dem Tod hat, reagiere ich zwar darauf, fühle mich aber danach doch oft hilflos	67	nein	ja (+19) nein
42.	Ich weiß häufig nicht, was Sterbende von mir erwarten	58	nein	ja (+21) eher ja(+15)
93.	Sitzwache und Gespräche mit Sterbenden würde ich am liebsten jemandem anders überlassen	18	nein	ja (+22) nein

Fortsetzung: Tabelle IV-27

49. Manchmal spreche ich mit Bewohnern über ihre Probleme, obwohl ich keine Lust dazu habe.	50	ja (+27)	ja (+21)	nein
30. Häufiger weiß ich nicht mehr, was ich tun soll, wenn ein Bewohner die Pflege verweigert	48	nein	nein	ja(+26)

Alle Items wurden bereits in einem anderen Zusammenhang interpretiert. Diese Tabelle zeigt jedoch noch einmal im Überblick, daß deutliche Zunahmen von Problemen fast ausschließlich bei der KG I beobachtbar sind. Besonders Item 7 könnte dabei allerdings auch Ausdruck der Erkenntnis sein, nur begrenzt helfen zu können.

Insgesamt betrachtet, konnte das Anwachsen dieser Probleme bei der KG I durch die Form der Fortbildung offensichtlich nicht aufgefangen werden. Diese Tabelle mag als Hinweis dienen, sich solchen "Begleiterscheinungen" bei der Gestaltung von Fortbildungsseminaren besonders zu widmen, so wie dieses in den Seminaren der psychologisch orientierten Fortbildung versucht wurde.

3.4 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION DER ERGEBNISSE ZUR VERÄNDERUNG SPEZIELLER PROBLEME UND KONSEQUENZEN

Der Vergleich der Versuchsgruppendaten mit denen der Kontrollgruppen zeigte folgendes Ergebnis: In 6 von 8 erfragten Problembereichen konnten wir zum Teil erhebliche Verringerungen von Schwierigkeiten feststellen. In 2 Bereichen war kurzfristig keine Abnahme an Problemen zu beobachten ("Einschätzung psychologischer Zusammenhänge" und "Spezielle Probleme im Umgang mit Mitarbeitern"), aber auch keine Verschlechterung der Situation. Letzteres Ergebnis wird durch die Werte der KG I nahegelegt, die zeigten, daß durch Fortbildung Probleme auch anwachsen können. Eine solche Zunahme an Problemen durch Fortbildung konnte durch das psychologische Lernprogramm offensichtlich verhindert werden. Dieses ist ein positives Ergebnis, welches auch in einem anderen

Zusammenhang abgesichert werden konnte (vgl. Kapitel IV, 3.3.2).

Bei der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Fortbildung konnten wir weitere problematische Effekte ablesen: Nach der Fortbildung gaben die Teilnehmer in dieser Gruppe mehr Probleme im Bereich der Sterbebegleitung an als zuvor. Und weiter: Problemab- und -zunahmen hinsichtlich beziehungsheimmender Gefühle widersprachen in dieser Gruppe einander. Nimmt man diese Resultate zu den bisher gewonnenen dazu, so zeigen sie eine deutliche Verbesserung der psychischen Situation von Teilnehmern des Modellversuches. Wie schwierig es ist, solche Veränderungen zu erreichen, machen die Zunahmen der Werte und widersprüchliche Ergebnisse der Kontrollgruppen, insbesondere in der Kontrollgruppe I, durchsichtig. Trotz der beschriebenen Lernerfolge bleiben auch bei der VG Kompetenzmängel bestehen. Vor allem im Bereich spezieller Mitarbeiterprobleme hätten durchgreifendere Verbesserungen erwartet werden können.

Die durchschnittliche Abnahme von Schwierigkeiten zwischen 10 % und ca. 35 % bedeutete zwar allgemeiner betrachtet eine Verbesserung der Situation, ist jedoch im Vergleich zum Ausgangsniveau der Probleme, welches wir im 1. Ergebnisteil eingehend dargestellt haben, als in mancher Hinsicht noch immer veränderungswürdig zu kennzeichnen.

Hinsichtlich methodischer Ergebnisse ergab die Detailanalyse, daß die hier gewonnenen Daten im wesentlichen stimmig sind mit den bisher dargestellten Werten. Einen wesentlichen Hinweis erhielten wir durch unterschiedliche Angaben der Versuchsgruppenteilnehmer hinsichtlich ihrer Fähigkeit, die psychologische Situation von Bewohnern angemessen einschätzen zu können. Bei vielen Teilnehmern bestehen hier auch weiterhin große Unsicherheiten. Immerhin konnte ein Anwachsen von Schwierigkeiten auch in diesem Bereich verhindert werden.

Konsequenzen Unter inhaltlichen Gesichtspunkten sind aus den Ergebnissen eine Reihe von Konsequenzen ableitbar. Wir möchten einige Punkte, die uns besonders wesentlich erscheinen, herausgreifen.

Psychologische Fortbildung sollte zumindest zu einem Teil entlastende Funktion haben. Dieses konnte für die Teilnehmer an dem Modellversuch

erreicht werden. Es ist jedoch zu fordern, diesem Aspekt noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Dasselbe gilt für Urteilsprobleme und spezielle Mitarbeiterprobleme, bei denen eine kontinuierliche Unterstützung durch Klinische Psychologen angezeigt ist. Zur weiteren Kompetenzförderung bieten sich Aufbaukurse und vertiefende Supervisions-sitzungen in Kleingruppen an.

Unter Forschungsgesichtspunkten wäre es interessant, Interaktionsprozesse, die durch das Bedürfnis nach Abgrenzung von Alltagsproblemen bestimmt werden, näher zu beleuchten. Eine solche Analyse ist auch in Zusammenhang mit Interaktionsprozessen in Supervisionssitzungen interessant.

Die Detailanalyse konnte weiter konkretisieren, daß die Teilnehmer des Modellversuches nun über größere berufspraktische Kompetenzen verfügen. Sie sind nun nach ihren Angaben besser in der Lage, psychologische Hilfe selbständig zu initiieren, könnten angemessener mit psychisch belasteten alten Menschen umgehen und seien den schwierigen Aufgaben der Sterbebegleitung besser gewachsen. Wenngleich hier wesentliche Erfolge erzielt werden konnten, vor allem im Umgang mit Bewohnern, die zu depressiven Verstimmungen neigen und im Umgang mit Sterbenden, so zeigen die Ergebnisse auch, daß andere Probleme, z.B. im Umgang mit desorientierten alten Menschen noch besser bewältigt werden müssen. Unsere Erfahrungen legen nahe, zu diesem und den oben genannten Problembereichen Fortbildungsangebote weiter zu intensivieren.

Herausstellen möchten wir hier schließlich noch das Ergebnis, daß einige emotionale Probleme durch Fortbildung weniger veränderbar erscheinen. Für die Beziehungen zwischen Trainer und Teilnehmern ist es von nicht unerheblicher Bedeutung, ob ersterer durch seine Äußerungen implizit voraussetzt, als seien Unsicherheiten bei psychologischer Hilfe, vorschneller Ärger im Umgang mit Bewohnern, Gefühle der Ablehnung gegenüber alten Menschen, Unsicherheiten im Umgang mit Sterbenden und gelegentliche Beklemmungsgefühle verlernbare Gefühle. Unsere Ergebnisse legen nahe, gemeinsam zu erlernen, speziell diese Emotionen als existent zu akzeptieren, während andere grundlegende Empfindungen durchaus veränderbar sind.

ZUR ORIENTIERUNG

Entgegen des üblichen Vorgehens, zunächst einen Überblick über wesentliche Ergebnisse zu geben, haben wir hier zunächst Detailprobleme analysiert, interpretiert und Schlußfolgerungen daraus gezogen. Dieses Vorgehen ergab sich aus dem Anliegen, die gewonnenen Ergebnisse vor allem für die Praxis klinisch-psychologischer Fortbildung auszuwerten.

Die bisherige Ergebnisdarstellung erfolgte jeweils durch den Vergleich inhaltlicher Einzelaspekte mit einer bzw. zwei Kontrollgruppen. Im folgenden Teil nun sollen die Gruppen zusammenfassend verglichen werden. Ziel dieser Darstellung ist es nun, die Gesamtseminarkonzeption im Überblick auf ihre Effizienz hin bewerten zu können.

Die folgenden Vergleiche orientieren sich wieder an den zuvor dargestellten, für diese Studie entwickelten Erhebungsmethoden

- a) den Fragen zum Lernzuwachs und
- b) den Fragen zu speziellen Problemen.

Im Anschluß werden wir einige Unterschiede im Lernerfolg zwischen einzelnen Personen (**personenorientierte Auswertung**) herausarbeiten. Mit dieser Analyse verfolgen wir das Ziel zu überprüfen, ob sich unter diesem Auswertungsgesichtspunkt ähnliche oder andere Resultate ergeben, als bei der inhaltlichen Auswertung.

4.1 FRAGEN ZUM LERNZUWACHS: ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Einen Teilbereich der Effekte des Seminares haben wir im Ergebnisteil 2 in 13 Tabellen vorgestellt. Diese Tabellen repräsentierten verschiedene Zielvariablenbereiche einer psychologisch orientierten Fortbildung.

In 6 von 13 Bereichen konnten deutliche Unterschiede festgestellt wer-

den. Alle Unterschiede zeigten eine Überlegenheit der Versuchsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe I. Die folgende Tabelle zeigt dieses im Überblick.

Darstellung

Tabelle IV-28: Lernzuwachs durch Fortbildung
(Zusammenfassung der Ergebnisse; Erläuterungen im Text)

	VG		KG I		Diffe-
	0 Punkte	0 Punkte	0 Punkte	0 Punkte	renz
1. allgemeine Indikatoren	0	12	1	7	0
2. veränderte Selbstreflexion	0	11	0	9	0
3. veränderte Gefühle im beruflichen Alltag	0	8	0	8	0
4. verändertes Verhalten	1	6	3	2	+
5. geeignetere Formen des Umgangs mit Vorgesetzten	2	5	1	9	0
6. eine selbständigere Meinung zum Thema Altenpflege	0	5	0	5	0
7. verbesserte Zusammenarbeit mit Kollegen	0	10	1	5	+
8. eine andere Einstellung zum Altern und Sterben	1	6	0	8	0
9. verbessertes Einfühlungsvermögen	0	10	1	3	+
10. mehr Vertrauen in die Fähigkeit, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können	0	11	2	6	+
11. verbesserte Interaktion zwischen Bewohnern und Pflegenden	1	10	0	10	0
12. mehr präventive psychologische Hilfe a)	0	18	3	5	++
13. mehr präventive psychologische Hilfe b)	0	4	3	0	++
	5	116	15	74	

In der rechten Spalte der Tabelle IV-28 sind die in den Tabellen des Ergebnisteiles IV, 2 markierten bedeutsamen Differenzen zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe I zusammengestellt.

Die quantitative Betrachtung aller einzelnen Items ergibt folgendes Bild: Bei 15 der 58 erfragten Aspekte konnte bei der KG I kein Lernzuwachs festgestellt werden (Werte unter 2.50). Bei der VG hingegen war dieses nur bei 5 Fragen der Fall.

Die positiven Veränderungen sind folgende: Für die VG wurden mit Hilfe eines Punktsystemes 116 Punkte festgestellt gegenüber 74 für die KG I.

Diese Punktzahlen ergeben sich wie folgt:
Verhältnismäßig geringe Lernerfolge (Veränderungen von 2.50 - 2.99) wurden pro Item mit 1 Punkt bewertet, grössere (Veränderungen von 3.00 - 3.49) mit 2 Punkten und relativ große Lernerfolge der Gruppe (Veränderungen von 3.50 und größer) wurden mit 3 Punkten pro Item multipliziert.

Ein Blick auf die Tabelle zeigt, daß die Gruppe des Modellversuches in 11 von 13 Bereichen mindestens so große und größere Lernerfolge aufweist wie die KG I. Dieses ist noch deutlicher den einzelnen Itemwerten in den zu Teil 2 zugehörigen Tabellen zu entnehmen.

Die zusammenfassende Auswertung, bei der sich einzelnen Bereichen zugeordnete Itemwerte numerisch ausgleichen können, ergibt, daß der Lernerfolg der psychologisch orientierten Fortbildung in folgenden Bereichen deutlich größer ist als in der KG mit einer herkömmlichen Erwachsenenbildung.

Die Teilnehmer der Versuchsgruppe haben deutlich mehr als die der KG I gelernt:

- o allgemein im Verhaltensbereich
- o in der Verbesserung der Zusammenarbeit mit Kollegen
- o in der Verbesserung ihres Einfühlungsvermögens
- o in dem Vertrauen in ihre Fähigkeit, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können und
- o im Bereich präventiver psychologischer Hilfe.

Die größeren Lernerfolge der Versuchsgruppe im letzteren Bereich zeichnen sich besonders deutlich ab.

4.2 FRAGEN ZU SPEZIELLEN PROBLEMEN: ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

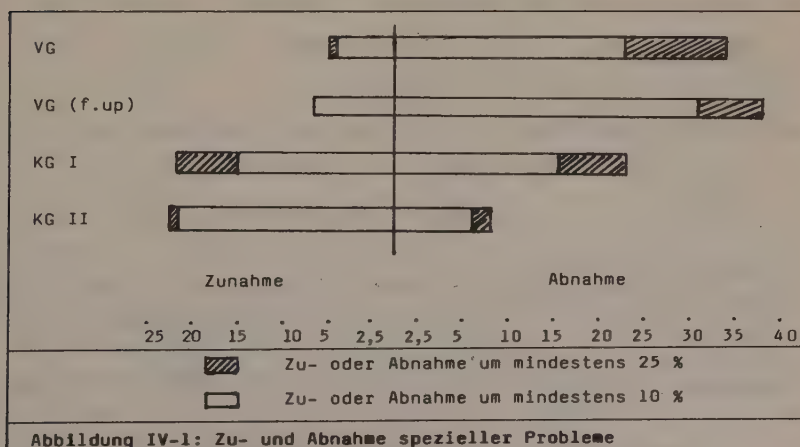
Hier werden zunächst nur die kurzfristigen Auswirkungen miteinander verglichen. Längerfristige Auswirkungen sind in den einzelnen Tabellen mit dargestellt; der Übersichtlichkeit halber werden sie erst in einem späteren Zusammenhang wieder aufgegriffen (Ergebnisteil 6).

4.2.1 Gleichstand, Zunahme und Abnahme von Problemen in den 3 Untersuchungsgruppen

Darstellung Tabelle IV-29 und Abbildung IV-1 zeigen im Überblick Veränderungen hinsichtlich der 76 in Ergebnisteil 3 erläuterten Problemaspekte.

Tabelle IV-29: Veränderungen spezieller Probleme durch Fortbildung
(Zusammenfassung; Angabe in Items; in Klammern der Anteil, der sich sehr deutlich, um mindestens 25 % ($\bar{x}_{\min}$ 25 %), verändert hat.)

	VG	KG I	KG II	VG (f.up)
Abnahme von Problemen	34 (11)	23 (7)	8 (2)	38 (7)
keine gravierende Veränderung	37	32	46	30
Zunahme von Problemen	5 (1)	21 (6)	22 (1)	7 (0)
Anzahl der Fragen	76	76	76	76



Bei der Kontrollgruppe I mit herkömmlicher Erwachsenenbildung gleicht sich die Ab- und Zunahme von Problemen etwa aus (Verringerung von Problemen in 23 Aspekten, Zunahme von Problemen in 21 Aspekten). Eine etwa gleich große Zunahme von Problemen ist auch bei der Kontrollgruppe II, die keine Fortbildung erhielt, festzustellen (bei 22 Aspekten).

Demgegenüber profitierte die Versuchsgruppe in 34 Aspekten durch eine Verringerung der Probleme. Nur in 5 Aspekten konnte eine Zunahme an Schwierigkeiten beobachtet werden. Hervorzuheben ist bei der VG auch der hohe Anteil der positiven Veränderungen von über 25 % (11 von 34 Aspekten).

4.2.2 Abnahme von Problemen durch Fortbildung

Darstellung Eine inhaltliche Aufschlüsselung der positiven Veränderungen zeigt im Überblick die folgende Tabelle.

Tabelle IV-30: Analyse der bedeutsamen Problemverringerungen
(Werte von -10 % bis max. -50 % im Durchschnitt pro Gruppe) nach inhaltlichen Bereichen (in Items pro Bereich); in Klammern ist der Anteil der Fragen angegeben, der sich besonders deutlich verändert hat (über 25 %)

Bereich (in Stich- worten)	Anzahl der VG	KG I	KG II	VG (f.up)
1 Belastung	11 6 (0)	3 (1)	3 (1)	6 (0)
2 Initiierung	16 8 (2)	5 (1)	2 (1)	7 (1)
3 Einschätzung	5 0	3 (1)	1	2 (1)
4 "schwierige" Bewohner	11 7 (3)	3 (1)	1	8 (3)
5 Sterbebeglei- tung	13 8 (5)	3 (1)	0	6 (2)
6 Mitarbeiter- probleme	9 1	3 (1)	1	4 (0)

Fortsetzung: **Tabelle IV-30**

7 Gefühle	6	2	1 (1)	0	3 (0)
8 Einstellungen	5	2 (1)	2	0	2 (0)
Summe	76	34 (11)	23 (7)	8 (2)	38 (7)

Hier sind die in Teil 3 beschriebenen Verringerungen von Problemen nach Bereichen zusammengestellt.

Auffallend ist in diesem Überblick folgendes:

In der Kontrollgruppe II ohne Fortbildung sind nur geringfügige positive Änderungen beobachtbar.* Positive Veränderungen bei der Kontrollgruppe I verteilen sich gleichmäßig auf alle 8 Bereiche, insbesondere die Werte über 25 %. Die Veränderungen gleichen sich also relativ aus, ähnlich wie sich in dieser Gruppe auch die positiven und die negativen Werte gegeneinander ausgeglichen haben.

Die Abnahme von Problemen bei der Versuchsgruppe konzentriert sich demgegenüber auf 3 Bereiche.

Die zusammenfassende Auswertung ergibt hier folgendes:

Ca. 6 Monate nach Beginn der Fortbildung gaben die Teilnehmer der Versuchsgruppe im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen deutlich weniger Probleme in folgenden Bereichen an:

- o im Bereich der Initiierung gezielter psychologischer Betreuung
- o im Bereich des Umgangs mit psychisch beeinträchtigten bzw. als "schwierig" empfundenen alten Menschen und
- o im Bereich der Begleitung Sterbender.

Besonders die Abnahme von Problemen in den beiden zuletzt genannten Bereichen gewinnt an Gewicht durch die fehlenden Veränderungen bei der Kontrollgruppe II ohne Fortbildung.

Insgesamt betrachtet kann auch unter dem Blickwinkel dieser zusammen-

* vgl. dazu die Datenanalyse in Kapitel 3.3.1

fassenden Auswertung ein zum Teil wesentlich deutlicherer Lernerfolg bei der VG konstatiert werden.

4.3 INTERPRETATION

Die Gruppenvergleiche zeigen bei der zusammenfassenden Auswertung der inhaltlichen Datenanalyse, daß die Teilnehmer des Modellversuches im Gegensatz zu denen der Kontrollgruppen in wesentlichen Kompetenzbereichen positive Veränderungen aufwiesen. Erinnern wir uns an die Resultate des Ergebnisteiles 1, so können diese Lernerfolge wesentlich auf den psychologisch orientierten Teil der Fortbildung zurückgeführt werden. Darüberhinaus erzielte die VG positive Veränderungen, die auch in der KG mit herkömmlicher Erwachsenenbildung erreicht worden sind.

Bereits im Zusammenhang mit der bisherigen Datenanalyse haben wir auf einzelne Kompetenzbereiche verwiesen, die einer weiteren Förderung bedürfen.

Hier können wir zunächst festhalten, daß viele vom Fortbildungskonzept her angestrebten Kompetenzerweiterungen vor allem im Bereich der Teamarbeit, der psychosozialen Betreuung durch Pflegende und spezieller im Umgang mit psychisch und physisch beeinträchtigten alten Menschen durch die Zusammenarbeit mit den Pflegenden erreicht worden sind. Diese Ergebnisse bestätigen den Modellversuch in seiner Grundannahme, nämlich, daß es sinnvoll und möglich ist, Pflegende stärker selbstverantwortlich in die psychosoziale Versorgung einzubeziehen. Vor allem im Bereich der Prävention können Schwestern und Pflegende wichtige Aufgaben erfüllen.

Im folgenden werden wir untersuchen, ob diese Aussagen, die sich generell auf die Effizienzprüfung des Lernprogrammes beziehen, auch unter anderen Auswertungsgesichtspunkten aufrechterhalten werden können. Wurden hier bislang die inhaltlichen Veränderungen pro Gruppe aufgeschlüsselt, so wenden wir uns im folgenden der Frage zu, ob sich diese Ergebnisse bei allen Personen der Gruppe gleichermaßen zeigen oder ob gravierende Unterschiede im Lernerfolg zwischen einzelnen Personen bzw. Personengruppen bestehen.

4.4

UNTERSCHIEDE IM LERNERFOLG ZWISCHEN DEN PERSONEN

Der Untersuchung von Personenvarianzen haben wir in dieser Studie einen nicht so großen Stellenwert beigemessen, als der zuvor erfolgten inhaltlichen Auswertung. Aufgrund des personenzentrierten Ansatzes haben wir vorausgesetzt, daß die Variablen, die den Lernerfolg einzelner Personen maßgeblich beeinflussen, so vielfältig und individuell sind, daß sie sich prinzipiell einer Erhebung und geschweige denn einer Kontrolle entziehen. Es ist hier zu berücksichtigen, daß sich - wie gezeigt werden konnte - die Basisvariablen und sogar auch die Ausprägung von speziellen Problemen in einzelnen Gruppen annähernd gleich verteilen. Für einzelne Personen kann dieses hingegen nicht zutreffen, weil die Kombination dieser vielen individuellen Bedingungen bei jeder Person verschieden ist. Allenfalls wären weitgehend abgesicherte Aussagen über Personenvarianzen bei einer sehr großen Stichprobe möglich. Dieses ist hier nicht gegeben und wurde auch nicht angestrebt, weil es zum derzeitigen Wissensstand zunächst um die Klärung der wesentlichen beeinflussenden Variablen ging. Die **personenorientierte Auswertung** der Ergebnisse wird im folgenden unter zwei Fragestellungen vorgenommen.

4.4.1 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Lernerfolg und allgemeinen Personenmerkmalen?

Zunächst gehen wir der Frage nach, ob allgemeine Personenmerkmale, wie sie im Rahmen der "Basisdaten I" festgestellt werden konnten, mit dem Lernerfolg verbunden sind. Dazu wurden die Teilnehmer beider Seminare in 2 Gruppen eingeteilt, diejenigen mit besserem und diejenigen mit geringerem Lernerfolg. Die Tabelle IV-31 zeigt in einer Rangfolge die Personengruppen, die relativ besser bzw. schlechter abgeschnitten haben.

Dabei ist folgendes zu bemerken: Das Niveau der VG liegt um ein Wesentliches höher als bei der KG I, so daß die "Schlechteren" der VG bei der KG I zu den Besseren gezählt worden wären. Einen absoluten Maßstab anzulegen, würde der hier zugrundeliegenden Suche nach allgemeineren Personenmerkmalen nicht gerecht, weil beide Gruppen unterschiedliche Seminarkonzeptionen erfahren haben.

Darstellung

Tabelle IV-31: Rangfolge von allgemeinen Personenmerkmalen, die Einfluß auf das Ausmaß des Lernerfolges haben könnten

(zu lesen als: x % mit dem Merkmal y fallen in die Gruppe mit "größerem" Lernerfolg")

	VG (N=25)	KG I (N=17)	Insgesamt (N=42)
größerer Lernerfolg	Stationsleitungen (100)	als Stationshilfe tätig (83)	Stationsleitungen (82)
	Altenpflegeexamen (66)	keine Ausbildung/ Kurzausbildung(71)	kürzer als 5 J.i. d.Altenpflege tätig (68)
	kürzer als 5 Jah- re in d.Altenpfle- ge tätig (66)	kürzer als 5 Jah- re in d.Altenpfle- ge tätig (70)	in einer Pflege- station tätig (66)
	in einer Pflege- station tätig(62)	auf einer Pflege- station tätig (70)	Krankenpflege- examen (62)
	Krankenpflege- examen (62)	Krankenpflege- examen (67)	keine Ausbildung/ Kurzausbildung(57)
	Stationsschwester /-pfleger (57)	Stationsleitung (67)	als Stationshilfe tätig (54)
	im Wohnbereich tätig (50)	über 50 Jahre alt (56)	Altenpflegeexamen (54)
	Über 50 Jahre alt (50)	Altenpflegeexamen (43)	Über 50 Jahre alt (53)
geringerer	keine Ausbildung/ Kurzausbildung(42)	im Wohnbereich tätig (43)	Stationsschwester (47)
	als Stationshilfe tätig (29)	Stationsschwester/ -pfleger (20)	im Wohnbereich tätig (47)

Beschreibung Bei der VG und der KG I zeigen sich gegensätzliche Tendenzen: Die zuvor besser qualifizierten Teilnehmer profitierten bei der VG mehr als die weniger qualifizierten, während dieses in der Tendenz bei der KG I eher umgekehrt ist.

Betrachtet man ausschließlich die psychologisch orientierte Fortbildung, so gilt, daß Stationsleitungen in dieser Seminarkonzeption im Durchschnitt besser profitiert haben, Stationshilfen dagegen vergleichsweise nicht so gut.

Interpretation und Konsequenzen Dieses Ergebnis eröffnet einen neuen Blickwinkel. Es ist zu vermuten, daß der häufige Gebrauch verbaler Ausdrucksmittel, denen sich psychologische Fortbildungen vorrangig

bedienen muß, es zuvor besser qualifizierten Personen erleichtert, relativ mehr zu profitieren. Neben der Variable "günstige Lernvoraussetzungen seitens des Teilnehmers" besteht die wesentliche Einflußvariable für dieses Ergebnis vermutlich in günstigeren Transferbedingungen: Stationsleitungen sind nicht so sehr wie Stationshilfen an einen geregelten Arbeitsablauf gebunden und können deshalb die Ansprüche, die an psychologische Betreuung gestellt wurden, umfassender erfüllen. Sie haben damit die Möglichkeit, verstärkt über Praxiserfahrungen zu lernen.

Aber auch ein dritter Variablenbereich könnte hier Einfluß gehabt haben. Die Bedingungen der Fortbildungssituation erforderten von den Teilnehmern eine enge Zusammenarbeit mit dem Gruppenleiter. Situative Ängste, Hemmungen und Selbstunsicherheiten, wie sie auf der Teilnehmerseite häufiger zu beobachten waren, aber möglicherweise auch unbewußte selektive Aufmerksamkeiten des Gruppenleiters gegenüber aktiveren oder sympathischeren, bestätigenderen und anderen Personen haben vielleicht zufällig geringere Lernerfolge für diese Teilnehmergruppe bewirkt. Dieses kann jedoch nur eine unüberprüfbare Hypothese bleiben, denn allgemeiner haben wir persönlichkeitspezifischere Trainereinflüsse in dieser Erhebung nicht näher untersucht. Die in dieser Studie vorgenommene Prioritätensetzung erforderte zunächst die Überprüfung anderer Variablen. Das Ergebnis wirft dennoch eine wichtige Frage auf, nämlich diejenige nach Effekten persönlichkeitspezifischer Lehr- bzw. Therapiestile. Eine solche Überprüfung wird durch unsere Erfahrungen nahegelegt, um so mehr, als die Teilnehmer der psychologischen Fortbildung angegeben haben, am ehesten durch die Interaktion mit dem Gruppenleiter, dem Autor dieser Arbeit, gelernt zu haben (vgl. dazu die Resultate im Ergebnisteil 1). Minimalforderungen an die Wiederholbarkeit von Lehr- bzw. Therapievorhaben der hier vorgestellten Art haben wir deshalb u.a. durch die Beschreibung der Qualifikationsanforderungen an den pädagogisch-therapeutischen Leiter im Fortbildungskonzept erläutert. Dort sind auch weitere Kriterien zur Herstellung günstiger Fortbildungsbedingungen genannt.

Schließlich wäre es zur Absicherung der Ergebnisse von großem Interesse, ob es bestimmte Personengruppen gibt, die in psychologischen Fortbildungen aktiver mitarbeiten als andere. Unsere Beobachtungen zeigen

daß die Mitarbeit weniger von der Position oder den anderen genannten Basisvariablen abhängig ist als vielmehr von der Sensitivität einzelner Teilnehmer, welche in Zusammenhang mit einem ausreichenden Maß an Selbstsicherheit die Lernvorgänge der Gruppe stark stimuliert.

Ein letzter Variablenbereich kann schließlich für unterschiedliche Lernerfolge verantwortlich gemacht werden: Es wäre möglich, daß das vorgestellte Handlungskonzept der psychologischen Betreuung durch Pflegende für einzelne Personengruppen, insbesondere für Hilfskräfte oder für Personen, die im Wohnbereich tätig sind, nur sehr wenig transferierbar ist. Diese Frage wird durch die hier vorliegenden Daten aufgeworfen. Wir müssen es weiteren Forschungen überlassen, dieser Hypothese nachzugehen.

Die bisherigen Ergebnisse unserer Arbeit bestätigen diese Hypothese nicht, denn

1. haben die Teilnehmer, die diese Kriterien erfüllten, in der psychologischen Fortbildung noch immer relativ gut abgeschnitten,
2. wiesen viele wesentliche Ergebnisse, die sich auf den Lernzuwachs im Bereich psychosozialer Betreuung bezogen, vergleichsweise geringe Streuungen auf und
3. zeigen später eingehender dazustellende Ergebnisse, daß die meisten Pflegenden in ihrer Position dieses Konzept als sehr nützlich und angemessen betrachten (vgl. Ergebnisteil 6).

Wenngleich wir schon vom Modell her eine differenzielle Verwertbarkeit des Betreuungskonzeptes nicht ausschließen wollen, sehen wir in dem folgenden Ergebnis eine Bestätigung der Hypothese, daß alle Personengruppen auf ihre Weise durch psychologische Fortbildung gut profitieren können.

Die Rangfolge hinsichtlich unterschiedlicher Lernerfolge bei der Gesamtstichprobe (N=42) ist nämlich relativ wenig aussagekräftig (rechte Spalte der Tabelle IV-31). Die hier beschriebenen Personenmerkmale können nicht als allgemeine Vorhersagekriterien für einen besseren oder schlechteren Lernerfolg gelten, weil außergewöhnliche Abweichungen nicht beobachtbar sind. Der Lernerfolg verteilt sich relativ gleichmäßig auf diese Merkmale. Dieses ist aus den Prozentwerten

zwischen etwa 30 % und 70 % ablesbar. Es gibt also bezogen auf das allgemeine Kriterium Fortbildung keine Personengruppen, die generell außergewöhnlich gut oder schlecht profitiert hätten.

Diese Feststellung ist wichtig, denn z.B. wird häufig bei Versuchen, Fortbildung zu intensivieren als Argument angeführt, ältere Teilnehmer oder Personen, die bei der Pflege helfen, könnten durch Fortbildung generell nicht so gut profitieren wie andere.

4.4.2 Stellen sich Unterschiede bei absoluter Betrachtungsweise dar?

Unter dieser Fragestellung sei die Datengrundlage erläutert, die der Einteilung in 2 Gruppen (günstigere und ungünstigere Lernerfolge) diene.

Als Grundlage für die Klasseneinteilung haben wir drei Daten herangezogen:

- a) Die Mittelwerte einzelner Personen bei den Items, die den Lernzuwachs durch das Seminar erfragten (Ergebnisteil 2: 57 Fragen).
- b) Die Gesamtpunktwerte einzelner Personen bei der Vorher-Nachher-Befragung (Ergebnisteil 3: 76 Fragen).
- c) Eine zusammenfassende Frage im Interview, bei der die Teilnehmer gebeten wurden, ihren durch das Seminar bedingten Lernzuwachs in 6 Stufen einzuschätzen (vgl. Frage 2 des Interviews im Anhang 3.2.4: Wieviel Brauchbares und Nützliches haben Sie insgesamt in diesem Seminar dazugelernt; Antwortmöglichkeiten von 1 ("sehr wenig") bis 6 ("sehr sehr viel").

Diejenigen Teilnehmer, bei denen sich in mindestens 2 dieser 3 Bereiche im Vergleich zur Gesamtgruppe ein geringerer Lernerfolg ergab, wurden der Gruppe mit relativ geringerem bzw. besserem Lernerfolg zugeordnet. Zu diesen drei Fragen stellen wir im folgenden die absoluten Ergebnisse dar.

o Absolute Ergebnisse hinsichtlich der Fragen zum Lernzuwachs

Darstellung Die folgende Tabelle zeigt auch unter diesem Auswertungsgesichtspunkt eine deutliche Überlegenheit der VG.

Tabelle IV-32: Mittelwerte einzelner Personen bei den Fragen zum Lernzuwachs

Mittelwerte	VG	KG I
1.00 - 1.99	keine Person	4
2.00 - 2.49	3	6
2.50 - 2.99	6	4
3.00 - 3.49	9	3
3.50 u. mehr	7	keine Person
N	25	17
$\bar{x}$ Gesamt	3.21	2.29

Hinsichtlich der hier zugrundegelegten 58 Fragen gaben nur 7 Personen der KG I (41 %) einen deutlichen (durchschlagenden) Lernerfolg an, gegenüber 22 bei der VG (88 %). Besonders auffallend ist der absolute Lernzuwachs der VG-Teilnehmer über 3.00. Hier gaben 16 Personen gegenüber nur 3 bei der KG I Veränderungen an (64 % gegenüber 18 %). Betrachtet man den Gesamtmittelwert, muß bei dieser Fragestellung für die KG I keine Veränderung angenommen werden, für die VG eine Veränderung, die im Durchschnitt aller 58 Fragen zwischen den Antwortmöglichkeiten "eher ja" (3.00) und "ja" (4.00) liegt.

o Absolute Lernergebnisse hinsichtlich der Fragen zu speziellen Problemen

Darstellung In der Tabelle IV-33 stellt sich das durchschnittliche Ergebnis bezüglich der 76 Fragen wie folgt dar.

Darstellung

Tabelle IV-33: Veränderungen der Gesamtpunktwerte einzelner Personen bei 76 Fragen zu speziellen Problemen
(in Klammern die Angaben für längerfristige Veränderungen)

	bei x Aspekten	VG	(f.up)	KG I	KG II
Zunahme an Problemen	10 u.mehr	keine Person	(1)	2	1
	0 - 9	4	(6)	3	7
	0 - 9	6	(7)	5	7
Verringerung von Problemen	10 - 19	7	(6)	keine Person	keine Person
	20 - 29	1	(0)	keine Person	keine Person
	30 - 39	1	(1)	keine Person	keine Person
N	76 Aspekte	19	(21)	10	15

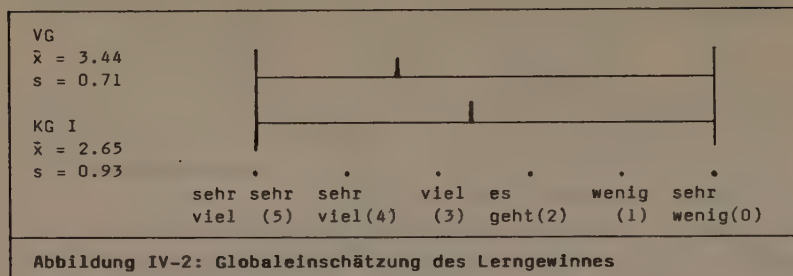
Auffallend ist auch bei dieser Betrachtungsweise der größere Lernerfolg der Versuchsgruppe gegenüber den beiden Kontrollgruppen. Die Veränderungen der KG I bewegen sich sogar etwa in den Grenzen der KG II, die keine Fortbildung erhielt. Diese Aussagen gelten jedoch nur mit dem Vorbehalt des in Kapitel II, 6.2 begründeten Repräsentationsverlustes. Auch ist bei dieser personenorientierten Darstellungsweise nicht zu vergessen, daß Veränderungen verdeckt werden, indem sie sich inhaltlich ausgleichen. Wie zuvor gezeigt werden konnte, konzentrieren sich die Lernerfolge auf bestimmte inhaltliche Bereiche und sind dort sehr deutlich.

- o Absolute Ergebnisse zur generellen Einschätzung der Verwertbarkeit des im Seminar Gelernten

Darstellung Diese 6stufige Einschätzung (0-5) zeigt schließlich eine weitere Übereinstimmung mit den bisher gewonnenen Ergebnissen.

Folgende Resultate wurden zu dem Statement registriert:

"Ich habe an Brauchbarem und Nützlichem dazugelernt":



10 Personen der VG (gegenüber 2 der KG I) gaben an, daß sie "sehr viel" oder sogar "sehr sehr viel" des im Seminar Angebotenen für sich persönlich oder für ihren beruflichen Alltag verwenden können. Diese globale Einschätzung spiegelt die bisher beschriebenen Differenzen zwischen der VG und der KG I grob wider. Es hat jedoch den Anschein, als ob die Teilnehmer beider Gruppen ihren Lernerfolg bei dieser Globaleinschätzung im Durchschnitt höher bewerten, als dieses bei Konkretisierungen der Fall ist. Insbesondere kann dieses für die Teilnehmer der KG I angenommen werden, deren Ergebnisse in den bisherigen Vergleichen relativ niedriger lagen und größere Streuungen aufwiesen.

Zusammenfassende Interpretation Die dargestellten Resultate zu absoluten Veränderungen bestätigen die bisherigen Aussagen über Unterschiede zwischen der VG und der KG I. Auffallend ist unter diesem Auswertungsgesichtspunkt, daß bei den Kontrollgruppenteilnehmern von keiner Person große Lernerfolge erzielt wurden und umgekehrt bei den Teilnehmern des Modellversuches keine Person nur sehr geringe Lernerfolge aufwies, bzw. eine größere Zunahme an Problemen zu beobachten war. Diese Aussagen gelten jedoch unter dem Vorbehalt eingeschränkter Repräsentativität.

4.5 KONSEQUENZEN

Für die Praxis der Altenpflege bedeuten die Resultate dieses zusammenfassenden Ergebnisteiles, daß psychologische Kompetenzen von Pflegenden prinzipiell erweitert werden können und Fortbildung so wesent-

lich zu einer Verbesserung der Interaktionsstrukturen in Altenpflegeinstitutionen beitragen kann. Klinisch-psychologische Hilfen können zu einem nicht unwesentlichen Teil durch Pflegende geleistet werden. Dieses erfordert vor allem mit Leitungen und Finanzträgern eine Auseinandersetzung um die Erweiterung des beruflichen Aufgabenkataloges um diesen wichtigen Bereich.

Für die Theorie der Altenpflege und Fortbildung bedeuten die bisher vorgestellten Ergebnisse, den psychosozialen Aufgabenkatalog stärker als bisher in das sich wandelnde berufliche Selbstverständnis zu integrieren.

Der Praxis der Fortbildung können diese Resultate eine Reihe von grundlegenden Erkenntnissen über die Teilnehmerzusammensetzung, differenziell zu erwartende Lernerfolge und über wesentliche Variablenbereiche zuliefern.

Die Klinische Psychologie wird durch die vorliegenden Ergebnisse gefordert, sich um das Tätigkeitsfeld der stationären Altenpflege verstärkt zu bemühen. Ein wesentlicher Grund für das bisherige mangelnde Engagement in diesem Bereich mag in den Schwierigkeiten liegen, die sich speziell durch Institutionen und Institutionalisierungen ergeben. Die vorliegende Studie konnte Ansatzpunkte aufzeigen, an denen die Klinische Psychologie wichtige Aufgaben zu erfüllen hat.

Unter Forschungsgesichtspunkten möchten wir an dieser Stelle programmatisch folgende weiterführende Aufgabenbereiche herausstellen:

- Umriß eines Aufgabenkataloges Klinischer Psychologen im Rahmen interdisziplinärer Teamarbeit
- weitere Spezifizierung von psychosozialen Aufgaben Pflegender
- Konzeptentwicklung und Überprüfung spezifischerer Fortbildungs- und Supervisionsangebote vor allem unter den Einflußgrößen: Umfang des Seminares, Lernvoraussetzungen der Teilnehmer, spezifische Transferbedingungen und Fortbildungsbedingungen, insbesondere verschiedener Lehr- und Therapietechniken
- praktische und theoretische interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Erwachsenenbildungsstätten und Altenpflegeeinrichtungen

Bei der Erfüllung dieser Aufgaben werden Prozesse der Anpassungsförderung an überkommene Arbeitsstrukturen kritisch zu behandeln sein. Wir betrachten es als eine außerordentlich schwierige Aufgabe, und die Daten dieser Studie legen dieses in besonderer Weise nahe, Kompetenzressourcen von Pflegenden zu aktivieren und gleichzeitig die Existenz physischen und psychischen Elendes alter Menschen zu akzeptieren.

ZUR ORIENTIERUNG

In den bisherigen Ergebnisteilen ging es im wesentlichen um die Evaluation des Lernprogrammes durch den Vergleich zwischen der Versuchsgruppe und einer bzw. zwei Kontrollgruppen.

Wir haben darüberhinaus in einem seminarabschließenden Interview durch mehrere offene Fragen Näheres über Veränderungen erfahren wollen, die sich möglicherweise im persönlichen Bereich vollzogen haben (zur Methode des Interviews vgl. Kapitel II, 5.7). Ziel dieser Fragen war die Überprüfung individueller Veränderungen, die generell durch standardisierte Fragen nicht erfaßt werden können. Die folgenden Ergebnisse mögen belegen, daß der im Fortbildungskonzept eingeschlagene Weg, an persönlichen Schwierigkeiten und Konflikten einzelner Teilnehmer anzusetzen, angemessen ist.

Auf den folgenden Seiten werden zur Illustration zunächst ausführlich individuelle Veränderungen bei einzelnen Personen in Ausschnitten wiedergegeben. Im Anschluß wurden einige Quantifizierungen vorgenommen, die auf einer subjektiven Einschätzung des Autors beruhen, der die Interviews durchgeführt hat. Die ausführliche Darstellung der Angaben von Einzelpersonen soll zeigen, welche unterschiedlichen Veränderungen sich durch ein klinisch-psychologisch orientiertes Seminar ergeben können. Bei der Wiedergabe von Äußerungen habe ich mich um Objektivität bemüht, doch gehen hier durch die Art der Beschreibung in besonderer Weise subjektive Einflüsse ein. Die Namen der Pflegenden wurden aus Gründen der Anonymität von mir geändert.

5.1

VERÄNDERUNGEN BEI EINZELNEN TEILNEHMERN

o Frau M. hatte vor dem Seminar "zu allem Ja und Amen" gesagt. Jetzt hat sie den Mut, gegen den Strom zu schwimmen. Für sie ist es sehr bedeutsam, jetzt besser begründen und vermitteln zu können, was und warum sie selbst etwas Bestimmtes will. Früher habe sie bei Schwierigkeiten die Flucht ergriffen, heute gehe sie - auch allgemeiner - darauf zu und könne sich gelassener geben. Das, was sie sage,

werde besser akzeptiert. Nicht nur ihre Position verlange dieses, auch sei sie der Typ, der dieses besonders brauche. Durch das Seminar habe sie mehr innere Freiheit für sich gewonnen. Jetzt müsse sie feststellen, daß sie früher oft sprunghaft und abgeflacht gewesen sei.

o Frau L. war lange Jahre in der Krankenpflege tätig. Sie hat gelernt, daß sie auf die alten Menschen mehr zugehen muß und erlebt ihre größere Empfindsamkeit als große Bereicherung. Früher habe man wohl gesagt bekommen, "daß die alten Menschen nur uns haben". Sie hatte sich dennoch distanziert. Heute gibt sie sich immer wieder Mühe und findet "Atmosphärenpflege" genauso wichtig wie körperliche Pflege. Sie bedauert deshalb besonders, daß dieses von ihren Vorgesetzten nicht so anerkannt werde. Früher ist Frau L. Bewohnern oft mit Floskeln begegnet und hat ihre Antworten gar nicht abgewartet. Sie sagt dazu: "Heute würde ich nie mehr fragen, wie es geht, wenn ich nicht wirklich interessiert bin". Sie versucht, diese Erfahrungen auch an ihre Mitarbeiter weiterzugeben: Insbesondere möchte sie, daß diese nicht nur über das Bettenmachen reden, sondern auch über die Bedürfnisse der alten Menschen.

Für Frau L. ist die Erfahrung größeren Einfühlungsvermögens besonders wichtig, denn sie neigte dazu, Unsicherheiten mit vermehrtem Reden zu übertuschen und andere "an die Wand zu Reden". So gab sie an, gelernt zu haben, daß es viele Meinungen gebe, "und die auch gut sind und sogar richtiger", "daß man sich korrigieren muß" und "ich von gegenseitigem Austausch lernen kann".

o Frau M. fühlt sich jetzt viel besser in der Lage, die Eigenarten alter, besonders psychisch kranker Menschen zu verstehen und "dahinter zu gucken". Früher habe sie oft gedacht: "Mein Gott, ist die eigensinnig", und fühlte sich der Willkür von Patienten mit psychiatrischen Symptomen ausgeliefert (z.B., wenn jemand sie anklagte, das Essen vergiftet zu haben). Auch hätte sie sich oft gewundert, "was die Leute aufrechterhält", wenn sie lange schon unter körperlichen und psychischen Beschwerden gelitten hatten. Heute nimmt sie sich einfach die Zeit zuzuhören und offen zu sein, statt sich abzukapseln. Im Gegensatz dazu hatte sie früher immer gedacht: "Du mußt mal erst arbeiten ...". Ihre Erfahrung, kontaktfähiger geworden zu sein, schilderte diese lan-

ge Jahre als Operationsschwester tätige Frau mit großer Betroffenheit: "Früher haben wir den Patienten immer nur zugenickt. Aber wir sprachen ja gar nicht miteinander. Die haben gemeint, ich sei schüchtern - das war es gar nicht - ich hatte es verlernt!"

Auch eine andere Einsicht hilft dieser Schwester heute, Altenpflege besser zu verstehen. Nicht nur Bewohner, auch ältere Mitschwestern versuchten oft zu überspielen, daß ihr Altern schwierig für sie sei. Vor Anderen möchten sie dieses nicht preisgeben und fühlten sich manchmal auch bedroht. Hier habe sie gelernt, wie wichtig es sei, aufeinander zuzugehen.

o Auch der Tag von Frau S. war früher hauptsächlich ausgefüllt mit Pflegerischem. Sie fühle sich jetzt sicherer im Umgang mit alten und kranken Menschen und könne mehr Verständnis aufbringen: Während sie früher oft geschimpft habe, sei sie heute selber zufriedener. Sie habe als wichtige Erfahrung feststellen können, daß es "zur allgemeinen Gesundheit an Leib und Seele beiträgt, wenn man mehr auf den Anderen eingeht".

o Frau M. schilderte, sie habe für ihre Partnerschaft ebenso wie für den beruflichen Alltag sehr viel profitiert. Ihre hauptsächlich beruflichen Lernerfolge liegen in größerem Einfühlungsvermögen, besonders im Umgang mit Leidenden und Sterbenden und bei der Betreuung seelisch leidender alter Menschen. Dieses seien Bereiche, in denen sie zuvor sehr unsicher gewesen sei. Sie gab an, größere Sicherheit gewonnen zu haben; vor allem ist sie stolz darauf, gegenüber Bewohnern und Mitarbeitern eine Vertrauensbasis geschaffen zu haben. Letztere Veränderung halte sie für die grundlegendste.

o Das wichtigste für Frau S., die älteste Teilnehmerin des Seminars war es, daß sie sich jetzt selbst genauer als früher beobachte und zu kontrollieren versuche. Sie findet es zunehmend wichtiger, "daß man die alten Leute nicht allein läßt". Mit Stolz erzählte sie über ihre Erfahrung, daß sie im Alter noch vieles dazugelernt und sie auch Schwieriges verstanden habe. Dieses Erlebnis versucht sie mit grosser Umsichtigkeit an Bewohner und Mitarbeiter weiterzugeben.

o Frau R., eine der jüngsten Teilnehmerinnen des Seminars, ist der Generationenkonflikt und ihre Stellung als junge Schwester bewußter geworden. Sie beurteilt ihren persönlichen Lernerfolg eher zurückhaltend, wenngleich Mitarbeiter und Bewohner ihr größere Sicherheit im Umgang mit alten Menschen rückgemeldet hatten. Als Beispiel hierfür nannte sie ihre veränderte Einstellung gegenüber Mitarbeitern: Wenn diese Betten machen, Ordnung und putzen wichtiger finden, als auch mit Worten und Einfühlung zu helfen, sagt sie jetzt z.B.: "Wenn Ihr mal so alt seid, würdet Ihr Euch auch wünschen, daß jemand mit Euch spricht". Viele Gedanken hat sich Frau R. auch über ihre Gefühle der Antipathie gemacht, die sie seit dem Seminar nicht mehr vor sich selbst verleugnen möchte.

o Frau B. gab an, sich früher oft selbst überfordert zu haben. Nun läßt sie Probleme mehr auf sich zukommen und denkt mehr an sich selbst. Ihre Einsicht besteht darin, eigene Kräfte zu sparen - nur dann könne sie helfen. Während sie früher oft innerlich hektisch gewesen sei, strenge die Arbeit sie jetzt nicht mehr so an. In langsamen Prozessen habe sie gelernt, daß sie sehr viel übersehen habe und häufig schnell an Bewohnern, auch lebensbedrohlich Erkrankten, "vorbeigegangen" sei. Manchmal macht sie sich jetzt noch Vorwürfe, was sie "damit angerichtet" habe. Bewohner hatten oft zu ihr gesagt, sie solle sich doch mal 5 Minuten hinsetzen; heute wisse sie, daß sie eine Ansprache hätten haben wollen.

Auch im privaten Bereich habe ihr der Kurs persönlich sehr geholfen. Auch hier habe sie gelernt, sich selbst vor Überforderungen zu schützen. Besonders freute sie sich im beruflichen Zusammenhang darüber, auch an skeptische Mitarbeiter Wichtiges weitergegeben zu haben, weil sie selbst ruhig und gelassen bleiben konnte.

Vor Beginn des Kurses hatte Frau B. "schlechte Erfahrungen" mit Ordensschwestern gemacht und gedacht, es komme bestimmt kein Gespräch zustande. Sie habe voller Überraschung feststellen müssen, daß diese "genau solche Probleme haben wie wir".

o Ähnlich ging es Herrn B., der Vorurteile gegenüber Ordensschwestern "als echtes Hindernis" empfunden hatte. Im Laufe des Kurses habe er ein völlig neues Bild gewonnen, weil er immer wieder angeregt worden sei, sich nicht so sehr davon beherrschen zu lassen. Schließlich

habe er das alte Bild "fallen lassen müssen". Allgemeiner habe er früher mehr sich selbst gesehen. Er sei jetzt offener dafür, Anderen zuzuhören und sie ausreden zu lassen. Ihm habe dieses besondere Schwierigkeiten bereitet, weil er darauf gestoßen worden sei, früher vielleicht verletzend gewirkt zu haben. Seinen hauptsächlich persönlichen Lernerfolg sieht Herr B. darin, sich bereiter auf Signale alter Menschen und Mitarbeiter einlassen zu können.

o Auf andere Art hat Frau S. eine allgemeinere persönliche Einsicht gewonnen. Sie stellte für sich fest, früher viel zu wenig gewagt zu haben. Heute könne sie bei Ungewohntem schneller "Ja" sagen; infolgedessen gehe sie auch mehr auf Andere zu und habe "einfach weniger Hemmungen". Sie verband dieses Erfolgsgefühl auch mit der Erfahrung, Mitarbeitern geholfen zu haben, die sich in der gleichen Lage wie sie selbst befanden. Sie stellte dazu fest: "Ich gebe Mitarbeitern jetzt auch Anleitungen, nicht nur das Körperliche zu sehen, sondern auch das Andere - sie sind dort völlig unwissend".

Ähnliches gaben auch die folgenden Personen an.

o Frau M. sagte, sie sei "über ihren eigenen Schatten gesprungen". Sie stelle anderen Menschen (Bewohnern, Mitarbeitern, Heimleitung) viel häufiger Fragen. Früher habe sie das häufig gar nicht erst gewagt. Den Hintergrund für diese Erfahrung sieht Frau M. darin, überhaupt besser andere Meinungen anhören zu können. Früher habe sie oft gedacht, "ich weiß es allein" oder auch "was denken die Anderen?". Das Seminar habe ihr als Wichtigstes gegeben, sich mehr Mut für weitere Fortbildungen zu nehmen.

o Eine andere Pflegerin hat durch das Seminar extrem starke Sprechängste überwunden. Für sie war es ein völlig neues Erlebnis, immer häufiger frei vor einer Gruppe zu sprechen. Auch in anderen Bereichen hatte Frau R. immer wieder vergeblich versucht, Sprechängste zu überwinden. Ihre allgemeinere Einsicht im Hintergrund war die, früher häufig wesentliches vermieden zu haben. Die verstärkte Auseinandersetzung mit Problemen erfordere ein hohes Maß an Überwindung von ihr. Sie gab dieses so wieder: "Früher habe ich alles von der leichten Seite genommen und bin mit den Leuten fertig geworden. Ich habe nicht gemerkt, daß ich sie übergehe. Heute stehe ich mehr hinter mir, bin ehrlicher".

Das Seminar bedeutete für Frau R. aber auch den Einstieg in eine Welt voller Probleme, von denen sie sich manchmal nicht abgrenzen konnte. Sie betrachtet diese Entwicklung nicht nur voller Hoffnung, sondern auch mit großer Sorge, zumal sie auch sehr grobe Fehler in ihrem Verhalten gegenüber Bewohnern konstatieren mußte. Ihr hat das Seminar Mut gegeben, eine Ausbildung nachzuholen.

o Auf andere Art hatte Frau N. dazu geneigt, Bedürfnisse anderer Personen zu übergehen und "die Dinge in die Hand zu nehmen". Auch sie gab als Wichtigstes an, heute mehr Zeit, Geduld und Aufmerksamkeit zu schenken. Statt äußere Dinge in peinlichster Ordnung zu halten, hält sie jetzt ein persönliches Verhältnis für wichtiger. Sie habe erfahren, daß dieses durch ihr eigenes Verhalten gefördert werden kann und bemühe sich um echte Sorge und Anteilnahme. Für sie war es beglückend, mehr Sicherheit im intensiveren Umgang mit alten Menschen gewonnen zu haben, denn die Bewohner trauten ihr mehr als vorher zu und die Arbeit mache ihr häufig mehr Spaß.

o Frau O. hat durch das Seminar bemerkt, daß ihr Arbeitsplatz sie persönlich überforderte und als Folge davon um eine Versetzung gebeten. Dieses bedeutete für sie eine große Anstrengung, denn sie litt bereits seit geraumer Zeit unter starken psychosomatischen und psychomotorischen Beschwerden, wenn sie sich mit ihrer Situation auseinandersetzte. Heute sagt sie, sie müsse mehr an sich selbst denken. Dieses äußerte sich auch darin, daß sie sich nun in der Lage sieht, häufiger mit Anderen über persönliche und berufsbedingte Probleme zu sprechen, Arbeiten zu delegieren, statt zu kommandieren und "alles selbst zu wollen". Umso wichtiger war diese Erfahrung für sie, als sie bemerkte, daß ihr Arbeitsplatz im Vergleich zu denen anderer Teilnehmer viele besondere Schwierigkeiten aufwies. Auch Frau O. wirkte sehr betroffen, als sie berichtete, sie sage jetzt nicht mehr so oft Unüberlegtes, mit dem sie Anderen früher offensichtlich wehgetan haben muß.

o Die wichtigste Erfahrung von Frau S. ist es, bei der Begleitung Sterbender ruhiger und gelassener sein zu können. Sie sei heute fähiger, das Sterben nicht mehr einfach "abzuschütteln". Auch allgemeiner fühle sie sich nun besser in der Lage, bewußter zu überlegen und

die Dinge auf sich zukommen zu lassen. Zuvor habe sie die alten Menschen "sofort ändern wollen" und in diesem Zusammenhang oft reagiert mit "... nicht schon wieder ...". Ihre größere Geduld, den Anderen "zu lassen", beschreibt sie mit: "Sie so anzunehmen wie sie sind, das habe ich wirklich gelernt!" Sie freue sich darüber, mehr Anerkennung und Respekt als Fachkraft zu erhalten, vor allem dann, wenn es um Konflikte zwischen Mitarbeitern geht. Während sie früher bei Spannungen "ganz kribbelig" geworden sei und sich stark beobachtet fühlte, wisse sie Signale jetzt besser einzuordnen.

o Auch Frau D. empfindet, besonders bei der Begleitung Sterbender, persönlich stärker geworden zu sein. Allgemeiner fühle sie sich jetzt wohler, ebenso wie die Patienten, die sie betreue. Sie betrachtet ihre sichere Haltung zur Schweigepflicht gegenüber Mitbewohnern als grosse Bereicherung. Dieses ist auch ein wesentlicher Grund dafür, daß heute mehr der Bewohner auf sie zuzingen. Frau D. gab an, einen Teil ihrer Angst, etwas Falsches zu sagen, verloren zu haben.

o Ähnliches berichtete Frau E. Sie hatte früher "riesige Angst" (z. B. vor Prüfungen, in einer Gruppe zu sprechen, aber auch vor einigen alten Menschen, Mitarbeitern und Vorgesetzten). Für sie ist es ein grosser Fortschritt, jetzt weniger Ängste zu verspüren; allgemeiner habe sie weniger Hemmungen, sich zu unterhalten, fühle sich freier und sei insgesamt ruhiger geworden. Ihr beruflicher Alltag sei durch verschiedene Umstände sehr schwer geworden. Erst jetzt merke sie, wieviel sie für die Bewältigung dieser Probleme gelernt habe.

o Frau S. fühlt sich durch Personalmangel in ihrem beruflichen Alltag sehr isoliert. Die Seminarthemen und der Erfahrungsaustausch habe sie darin bestärkt, wie wichtig die Zeit für Gespräche sei. Dieses werde von ihrer Leitung leider eher bagatellisiert. Sie gab an, besonders durch die erworbene Fähigkeit, sich mit Gleichgesinnten abzusprechen, profitiert zu haben. Es sei auf ihre besondere Arbeitssituation zurückzuführen, daß sie darauf angewiesen sei, Mitbewohner stärker in die Hilfe für Leidende einzubeziehen bzw. sie verstärkt dazu anzuregen. Das langfristige Ergebnis schien die positive Atmosphäre einer Notgemeinschaft mit tiefen Gefühlen gegenseitiger Solidarität zu sein.

Ein Beispiel, welches sie schilderte, war folgendes: Eine sterbende ältere Dame äußerte den Wunsch, sich von Mitbewohnern zu verabschieden. Nach Absprache setzte man sich in der Runde um das Bett, erzählte schöne Erinnerungen und entkorkte dabei eine Flasche Sekt. Die Mitbewohner verließen danach das Zimmer, indem die Stimmung eines "fröhlichen Sterbens" vorgeherrscht habe. Die ältere Dame sei später ruhig und glücklich verstorben. Frau S. war noch immer sehr bewegt und auch überrascht von ihrem Mut, den sie für die Förderung dieses ungewöhnlichen Verlaufes aufgebracht hatte. Sinngemäß sagte sie dazu: "Ich habe immer wieder an das "Hier und Jetzt" denken müssen und mich langsam mit Hilfe verschiedenster Signale vorgetastet. Früher wäre ich dem Ganzen am liebsten aus dem Weg gegangen".

o Weniger Spielraum bei der Gestaltung der Sterbebegleitung hat Frau P. im Krankenhaus, in dem sie arbeitet. Aber auch sie hob hervor, sich mehr Zeit für Sterbende und schwerkranke Patienten zu nehmen und intensiver auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Allgemeiner gab sie an, daß es ihr sehr geholfen habe, jetzt im beruflichen wie im persönlichen Bereich mehr auf unbekannte Personen zugehen zu können.

o Frau M. schilderte ihre früheren starken Ängste, mit Sterbenden allein zu sein und sie anzufassen. Sie könne diese Angst jetzt bewältigen. Sie erinnerte sich an frühere psychotherapeutische Gespräche, bei denen sie erkannt hatte, gegenüber depressiven Bewohnern zu schnell mit Aggressionen zu reagieren. Hierzu gab sie an, nach dem Seminar gelassener reagieren zu können, weniger Gleichgültigkeit zu verspüren (z.B. "Abtun", wie: "Ich komme gleich wieder") und Versprechen besser einhalten zu können. Auch schimpfte sie jetzt nicht mehr so viel. Die Veränderungen seit Beginn des Seminars beurteilte sie so: "Ich habe mich insgesamt sehr stark verändert, im Grunde bin ich ein anderer Mensch geworden".

o Ebenfalls durch vom Seminar unabhängige frühere psychotherapeutische Gespräche hatte Frau T. "Abwarten" und "Sich-Zurückhalten" als grundlegende Haltung in ihrem Leben erkannt. Sie gab an, daß ihr das Seminar geholfen habe, an diesen Problemen zu arbeiten. Heute könne sie mehr auf andere Personen, auch schwierige Bewohner zugehen und mehr mit ihnen sprechen.

Hier hätte sie sich noch mehr Anstöße, z.B. durch Rollenspiele gewünscht. Auch berichtete sie, Konflikten, die sie nur schwer ertragen könne, seltener auszuweichen. Versuche zur Verbesserung ihrer Situation seien oft sehr anstrengend für sie gewesen. Ebenso wie Frau R. erhofft sich Frau T. von einer Zusatzausbildung weitere Unterstützung bei der Lösung ihrer persönlichen Probleme.

o Frau L. hatte es früher richtig gefunden, alte Menschen zu "beprehlen", das hieße, "ihnen nach dem Mund zu reden" oder sie zu bedauern. Nun wisse sie, was sie von ihnen verlangen dürfe. Statt radikal vorzugehen, habe sie vor allem gelernt, "mit klaren und guten Worten" auf Bewohner einzugehen.

o Frau S. und Frau O. sind seit dem Kurs wieder lieber in der Altenpflege tätig. Frau S. hatte im Laufe des Kurses viel Anerkennung von Mitarbeitern und Bewohnern bekommen. Sie gab an, eine offener Haltung gegenüber Menschen bekommen zu haben. Auch sehe sie mehr die wichtigen Dinge. Z.B. dann, wenn Patienten die Medikamenteneinnahme verweigern, könne sie besser Verständnis entgegenbringen. Frau O. berichtete, sie habe sehr viel durch die Gemeinschaft im Kurs profitiert. Sie hält sich für "nicht so sehr kontaktfreudig". Früher habe sie gegenüber Kollegen oder der Heimleitung oft klein beigegeben und von vornherein den bequemeren Weg gewählt. Sie habe durch viele Anregungen gelernt, "den Mund aufzumachen" und sich zur Wehr zu setzen. So überlege sie jetzt mehr, was sie sage, wenn ihr etwas unterstellt worden sei. Frau O. hat als Wichtigstes an Selbstsicherheit und Entschlußfähigkeit gewonnen. Vor allem hat sie jetzt kein schlechtes Gewissen mehr, wenn sie sich Zeit für Gespräche mit alten Menschen nimmt.

Aus Platzgründen haben wir hier nur die Veränderungen bei Einzelpersonen der Versuchsgruppe dargestellt. Sie mögen das unterschiedliche, individuelle Ausgangsniveau verdeutlicht haben, welches vielfach in den allgemeinen Lernerfolg "mehr Verständnis für alte Menschen" mündete.

5.2 VERGLEICH ZWISCHEN DER VERSUCHSGRUPPE UND DER KONTROLLGRUPPE I

Der folgenden Tabelle liegt eine subjektive Einschätzung des Autors über Lernerfolge im persönlichen Bereich zugrunde. Die Datengrundlage dieser Einschätzung sind Tonbandaufzeichnungen von 42 Tiefeninterviews (zur Methode vgl. Kapitel II, 5.7 und A 3.2.4).

Darstellung

Tabelle IV-34: Im Verlauf des Tiefeninterviews genannte Veränderungen im persönlichen Bereich

Als Veränderungen im persönlichen Bereich werden aufgefaßt:

1. explizite Angaben über gefühlsmäßige Veränderungen oder nach gesprächspsychotherapeutischen Gesichtspunkten zugestimmten Gefühlsverbalisierungen.
2. Schilderung von relevanten Verhaltensänderungen, neuen Handlungsstrategien/-versuchen. Ausgangspunkt ist bei der Schilderung der Verhaltensänderungen das implizit oder explizit genannte Verhaltensdefizit.

Kriterium der Zuordnung ist ein mehr oder minder großer Bezug zur Person (Betroffenheit/Ich-bezug).

Beispiele für gefühlsmäßige Veränderungen: Ängste sind bewußter geworden, angegangen oder überwunden; neue Gefühle entdeckt worden (z.B. Schuldgefühle, Aggressionen, Selbstvorwürfe); Gewinn an Sicherheit (a) Stabilisierung im Hinblick auf berufsbedingte Unsicherheiten; (b) allgemeine Selbstsicherheit; relevante, offenkundige Erweiterung fachlichen Könnens im persönlichen Bereich, z.B. Einfühlung, Verständnis gegenüber Bewohnern und Mitarbeitern

	VG N=25	KG I N=17
Der TN nannte viele Veränderungen im persönlichen Bereich	17	4
Der TN nannte mehrere Veränderungen im persönlichen Bereich	6	3
Der TN nannte nur vereinzelt Veränderungen im persönlichen Bereich oder er schränkt seine Äußerungen mehr oder weniger ein	1	4
Der TN nannte keine Veränderungen im persönlichen Bereich bzw.: direkte Fragen nach persönlichen Veränderungen fanden keine Resonanz oder wurden explizit verneint	1	6

Beschreibung und Interpretation In dieser Tabelle spiegelt sich quantitativ der Eindruck, den ich während des Interviews von den Kontrollgruppenteilnehmern gewann, wider: ein größerer Teil der befragten Personen reagierte überrascht oder sehr zurückhaltend auf die Frage nach Veränderungen, die sich für sie persönlich vollzogen hätten. Außerdem schienen viele didaktische Medien eher rezeptiv ausgerichtet gewesen zu sein. Auffallend war bei dieser Gruppe auch, daß die Personen den gegenseitigen Erfahrungsaustausch und die positive Gruppenatmosphäre für sich besonders wichtig empfanden (vgl. dazu auch Ergebnisteil 1). Aus der Sicht gezielter Fortbildung muß dieses als eine wichtige Voraussetzung und konzeptunabhängiges Medium für weiteres (inhaltliches) Lernen aufgefaßt werden. Es schien durch viele Rückmeldungen so, als bewege sich der Lernerfolg der Kontrollgruppenteilnehmer eher in diesem Rahmen der Voraussetzungen. Äußerungen wie die folgenden waren keine Seltenheit: "Sich persönlich zu verändern ist gar nicht möglich"; "Man hat das Gefühl für alte Menschen oder man hat es nicht"; "Gefühle kann man nicht lernen" oder: "Persönliche Veränderungen? Das will man ja auch gar nicht, man möchte nur wissen, ob das, was man tut, richtig ist ...". Unübersehbar war auch der Eindruck, daß Teilnehmer der Kontrollgruppe sich besonders häufig durch das im Seminar Angebotene bestätigt fühlten.

Die Quantifizierungen in Kapitel IV, 1.2 können als "Validierung" dieses subjektiven Eindruckes gelten. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe I scheinen insgesamt auch im persönlichen Bereich relativ weniger Neues erlernt zu haben, als die der VG.

Aus den Ergebnissen der VG läßt sich erschließen, daß das Vorgehen, die psychologische Situation der Pflegenden im Seminar zum Ausgangspunkt für Veränderungen zu machen, auf ein großes Bedürfnis seitens der Teilnehmer stößt. Wir können diese Ergebnisse als wichtige Hinweise nehmen, sich den Prozessen personenzentrierten Vorgehens in beruflichen Fortbildungen noch eingehender zuzuwenden. Wenngleich diesen Ergebnissen ein relativ hohes Ausmaß an Subjektivität zukommt, welches in aufwendigeren Forschungen gemindert werden kann, bestätigen die Teilnehmeraussagen die Angemessenheit der Kombination erwach-

senenbildnerischer mit gruppentherapeutischen Methoden.

Erst in Supervisionssitzungen wird es möglich sein, den psychotherapeutischen Aspekt noch eindringlicher zu gestalten, als dieses in der Großgruppe des Modellseminares möglich war. Auch die folgenden Resultate mögen Lernmöglichkeiten der Teilnehmer verdeutlichen.

5.3 VERÄNDERUNGEN PERSÖNLICHER SCHWIERIGKEITEN

Im Verlauf des Seminares waren die Teilnehmer der Versuchsgruppe nach persönlichen Schwierigkeiten vor allem im Umgang mit Bewohnern gefragt worden. Ca. 6 Monate später wurden exemplarisch (per Zufall ausgewählt) 11 Personen im Interview nach Veränderungen zu diesen Problemen befragt. Auch diese Quantifizierungen, die in den folgenden Tabellen enthalten sind, werden hier angeführt, um einen Einblick in die psychische Situation der Pflegenden zu geben.

Darstellung

Tabelle IV-35: Veränderungen von Ängsten

Einschätzmöglichkeiten von 10 (sehr starke Unsicherheit) bis 1 (sehr wenig Angst/Unsicherheit).
Die 2. Ziffer gibt den Grad der Angst nach 6 Monaten an.

Ich habe Angst

- vor Bewohnern, die alles nur negativ sehen (von 8 auf 2)
 - vor der Überlegenheit einiger Bewohner (von 5 auf 1)
 - davor, keine Hilfe gewesen zu sein (von 9 auf 2)
 - vor schwierigen Auseinandersetzungen mit Bewohnern und Mitarbeitern (von 5 auf 1)
 - davor, Bewohnern nicht gerecht zu werden, ihnen gegenüber nicht korrekt zu sein (von 10 auf 3)
 - vor Gesprächen, denen ich nicht gewachsen bin (von 8 auf 7)
 - vor manchen Bewohnern (von 5 auf 4)
 - vor den Fragen eines bestimmten Bewohners, seiner guten Ausdrucksweise, der Direktheit (keine Angabe möglich)
 - vor einer Aussprache mit einem "schwierigen" Bewohner (von 8 auf 2)
 - vor falschen Aussagen von Bewohnern gegenüber der Öffentlichkeit; wenn dann gesagt wird "so sind die im Altersheim" (von 9 auf 4)
-

Beschreibung und Interpretation Diese Aufstellung belegt exemplarisch, daß viele Pflegende von starken Ängsten bedrückt werden. Der Mittelwert liegt bei 7.4, d.h. "starke Angst/Unsicherheit". Nach Beendigung des Seminares liegt derselbe Wert bei 2.9, d.h. sehr wenig Angst/Unsicherheit. Es kann angenommen werden, daß diese zum Teil großen Verringerungen zum wesentlichen Teil auf das Seminar zurückgeführt werden können.

Darstellung

Tabelle IV-36: Veränderungen wesentlicher Probleme von Pflegenden
Einschätzmöglichkeiten 6 Monate später:
Dieses Problem habe ich jetzt nicht mehr (5);
Ich habe dieses Problem jetzt weitgehend im Griff (4); Ich bin sicher, daß sich in diesem Problem etwas zum Positiven gewendet hat (3); Ich glaube, daß ich dieses Problem jetzt etwas besser bewältigen kann, aber ich bin mir nicht so sicher (2);
Dieses Problem ist nach wie vor eines meiner größten, in der Zwischenzeit hat sich nichts verändert (1)

Ich glaube, eines meiner größten Probleme im Leben ist:

- zu ertragen, wenn andere sich streiten und ich beteiligt bin (3)
 - ich kann schlecht jemandem genau zuhören (3)
 - Unsicherheit, Ängstlichkeit (2)
 - allen Bewohnern und Mitarbeitern gerecht zu werden (2)
 - das Verstehen der Hausbewohner (3)
 - mich ganz auf den alten Menschen einzulassen (4)
 - daß ich dem Bewohner gegenüber eine zu große Macht ausübe (2)
 - ich möchte niemanden bevorzugen, allen gleiche Rechte zugestehen (5)
 - daß ich oft mutlos und mißmutig werde (4)
 - freimütig meinen Standpunkt zu verteidigen (besonders wenn Schlagfertigkeit verlangt wird (3)
-

Beschreibung und Interpretation Nicht so durchgreifend sind die Resultate zu Veränderungen "eines der größten Probleme im Leben". Der zur Übersicht errechnete Mittelwert liegt bei 3.1. Die Pflegenden geben somit auch in diesem Zusammenhang an, daß sich wesentliche Verän-

derungen vollzogen haben: Sie sind sicher, daß sich an diesen für sie grundlegenden Problemen etwas zum Positiven gewendet hat.

Darstellung

Tabelle IV-37: Selbstgesteckte Lernziele von Teilnehmern und ihre Veränderungen (a)

Einschätzmöglichkeiten 6 Monate später von 6 =
sehr viel verändert bis 1 = nichts verändert

Welche Verhaltensweisen möchten Sie gegenüber Bewohnern allgemein verlernen?

- Versprochenes vergessen (4)
 - einige bevorzugen (2)
 - Oberflächlichkeit (6)
 - keine Zeit haben (4)
 - unsicher zu sein (3)
 - Empfindlichkeit nicht beherrschen zu können (5)
 - Unruhe; nicht gelassen bleiben können (2)
 - ein zu krasses Urteil von Bewohnern (5)
 - Über sie zu bestimmen (5)
 - Hemmungen bei der Pflege (4)
 - sie nicht so nehmen zu können wie sie sind, mich den Situationen nicht stellen zu können (6)
 - Vorurteile (1) (4)
 - Macht (4)
 - sich nicht hineinendenken können in alte Menschen, ihre Gebrechen und ihre Lage (5)
 - nervöse Reaktionen, ungeduldige Aussprüche (4)
 - sich nicht die Zeit nehmen können, um zuzuhören und Verständnis aufzubringen (3)
 - ungeduldig (5), unruhig (4) zu sein; nicht zuhören können (4)
 - daß ich Probleme übergehe (4)
 - daß ich seine Probleme nicht verstehen kann (3)
-

Darstellung

Tabelle IV-38: Selbstgesteckte Lernziele von Teilnehmern und ihre Veränderungen (b)
Einschätzungsmöglichkeiten 6 Monate später von 6 = sehr viel verändert bis 1 = nichts verändert

Welche Verhaltensweisen möchten Sie gegenüber "schwierigen Bewohnern" verlernen?

- nicht mit ihm zu sprechen, wenn er mich kritisiert (3)
 - daß ich mir nicht genug Zeit nehme (2)
 - meine Hilflosigkeit und Ratlosigkeit (2), meine innere Angst(1)
 - Empfindlichkeit (4)
 - Unruhe, Aufgebrachtheit, Ungeduld (4)
 - Ungeduld (4)
 - Angst, Falsches über sie zu sagen (5)
 - sie nicht richtig anzuhören (4)
 - ihnen gegenüber aggressiv aufzutreten (6)
 - nicht annehmen zu können, wenn sie uns nicht akzeptieren (6)
 - eine bestimmte Person nicht ernst nehmen zu können (5)
 - Ungeduld, keine Ausdauer (4)
 - mich zu drücken vor notwendigen Auseinandersetzungen (5)
 - einige vernachlässigen (5)
 - kein Vertrauen gewinnen zu können (4)
 - keine Zeit für ihn zu haben (1)
-

Beschreibung und Interpretation Diese beiden Aufstellungen enthalten nicht nur Verhaltensweisen, sondern auch Beschreibungen mit höherem Abstraktionsniveau und größerem Allgemeinheitsgrad. Diese von den Pflegenden selbst gesteckten Lernziele, sich im Verhalten gegenüber Bewohnern ändern zu wollen, verdeutlichen auf andere Weise die psychische Situation von Pflegenden im beruflichen Alltag.

Inhaltlich tritt hier das objektive Zeitproblem, welches durch den (viel zu) knappen Personalschlüssel gegeben ist, auch subjektiv in den Vordergrund: Pflegende machen sich zum Teil große Vorwürfe, kommen schnell unter Zeitdruck, wenn sie auf schwierige Probleme eingehen wollen und müssen die Probleme dann "liegen lassen". Teilnehmer berichteten von dem Teufelskreis, der sich durch diese "unerledigten

Konflikte" für sie ergäbe. So erklärt sich auch der große Wunsch der Pflegenden nach Ruhe und Geduld.

Quantitativ betrachtet hat die Fortbildung wesentlich dazu beigetragen, daß sich individuelle Probleme im Umgang mit Bewohnern verändert haben. Diese Interpretation scheint im Zusammenhang mit den bisherigen Ergebnissen angemessen.

Bei durchschnittlicher Betrachtung änderte sich hinsichtlich dieser persönlichen Schwierigkeiten gegenüber Bewohnern allgemein und gegenüber als "schwierig" empfundenen Bewohnern "manches" ($\bar{x} = 3.95$ und $\bar{x} = 3.82$). Eine wesentliche Rolle bei diesen Ergebnissen spielt die o.a. Zeitproblematik.

5.4 KONSEQUENZEN

Der personenzentrierte, therapeutisch orientierte Ansatz der Fortbildung hat sich in außerordentlich positiver Weise bewährt. Insbesondere die Zieloffenheit der Konzeption ermöglichte, auf persönliche Probleme näher einzugehen und zu einer Veränderung beizutragen. Für die institutionelle Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenbildung und Klinischer Psychologie bedeutet das hier vorgestellte Konzept ein außergewöhnliches Novum. Die Kombination erwachsenenbildnerischer und psychotherapeutischer Verfahren wirft allerdings auch einige grundlegende Probleme im Verhältnis dieser beiden Disziplinen auf. An erster Stelle stehen hier finanzielle Restriktionen, durch die Bildungsinstitutionen vor allem in finanzschwachen Zeiten auf große Teilnehmerzahlen angewiesen sind. Die Ergebnisse dieser Studie legen zwar die Durchführung von Aufbaukursen nahe, aber vor allem auch von kleineren Supervisionsgruppen. Eine solche Forderung ist eine Forderung nach Psychotherapie und Praxisberatung, die den Finanzierungsrahmen der Erwachsenenbildung übersteigen dürfte. Trägerverbände, Altenpflegeeinrichtungen und öffentliche Geldgeber könnten direkt zu einer Verbesserung der Altenpflegesituation beitragen statt, wie gegenwärtig zu beobachten ist, dieser hier betreffenden sozialen Minderheit zusätzlich Erschwernisse durch Finanzierungsentzug zu bereiten.

Dieses ist eine wesentliche politische Dimension der hier vorgestell-

ten Probleme und Möglichkeiten zur Veränderung der Situation.

Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, ist die schwierige psychische Situation der Pflegenden nicht nur Ausdruck persöhnlichkeitsspezifischer Faktoren, sondern in hohem Ausmaß Ausdruck der extrem belastenden beruflichen Situation in Institutionen. Die Betreuung alter Menschen bringt die Pflegenden immer wieder in psychische Bedrängnis, wodurch verantwortliche Stellen aufgefordert sind, im Dienste alter Menschen auch für deren Wohl Verantwortung zu übernehmen. Die staatliche Anerkennung des Berufes wird sonst zur Farce.

6 ERGEBNISTEIL: WEITERE INDIKATOREN FÜR DIE INTENSIVIERUNG KLINISCHER PSYCHOLOGIE MIT PFLEGENDEN

ZUR ORIENTIERUNG

In diesem letzten Ergebnisteil haben wir 2 Aspekte herausgehoben, die insbesondere für die Fortentwicklung der Klinischen Psychologie in der Altenpflege von Bedeutung sind. Wir wollen damit zeigen, daß die Durchführung klinisch-psychologischer Fortbildung für Pflegende in der Altenarbeit von größter Dringlichkeit ist und keinen weiteren Aufschub duldet. Auch werden hier weitere empirische Argumente angeführt, Fortbildungsangebote kontinuierlich durchzuführen und diese nicht nur, wie in dem vorliegenden Modellversuch, auf ca. ein halbes Jahr zu begrenzen.

Zum einen werden wir im folgenden nachträgliche Bewertungen des Gesamtseminares durch die Teilnehmer vorstellen und zum anderen die längerfristigen Auswirkungen des Fortbildungsseminares umreißen. Im ersten Teil werden die Daten zu neun "Rating-Skalen" des standardisierten Interviews dargestellt. Im zweiten Teil stellen wir ausgewählte Ergebnisse der Vorher-Nachher-Befragung und Resultate des Follow-up-Fragebogens dar.

6.1 NACHTRÄGLICHE BEWERTUNGEN DES GESAMTSEMINARES DURCH DIE TEILNEHMER

6.1.1 Wie beurteilen die Teilnehmer nach den Erlebnissen ihres Seminares ihre früheren Kenntnisse und Fertigkeiten in Psychologie ?

Darstellung Die Teilnehmer wurden im Interview gebeten, ihr Erfahrungsdefizit in Psychologie vor dem Seminar nachträglich einzuschätzen. Sie gaben zu dem Statement "An psychologischem Fachwissen und Können habe vor Beginn des Kurses gehabt" hinsichtlich einer 6stufigen Skala (1 = "erheblich zu wenig" bis 6 = "Ich glaube, es war bisher sehr gut") folgendes an:

VG : N = 25 $\bar{x}$ = 2.28; s = 1.17

KG I: N = 17 $\bar{x}$ = 3.64; s = 1.17

(vgl. zur genauen Fragestellung Anhang 3.2.4).

Die Versuchsgruppenteilnehmer gaben damit fast übereinstimmend an, bislang "viel zu wenig" (2) bis "zu wenig" (3) an psychologischem Fachwissen und Können gehabt zu haben. Der Mittelwert der Kontrollgruppenteilnehmer liegt zwischen den Antwortmöglichkeiten "zu wenig" (3) und "ausreichend" (4).

Interpretation Es muß dahingestellt bleiben, ob die Teilnehmer der KG I diese Frage ebenso beantwortet hätten, wären ihnen, wie den Versuchsgruppenteilnehmern, noch mehr Erfahrungsdefizite bewußt geworden, die beim Erlernen "gezielter psychologischer Betreuung" auftreten. Die Antworten zu den folgenden Fragestellungen können als Bestätigung dieser Interpretation bewertet werden.

6.1.2 Wie beurteilen die Teilnehmer nachträglich den Stellenwert der Psychologie in dem Seminar, welches sie besucht haben?

Darstellung Keiner der Versuchsgruppen- und Kontrollgruppenteilnehmer vertrat die Ansicht, die Psychologie sei in der jeweiligen Seminarkonzeption zu stark vertreten gewesen (vgl. Interviewfrage 7 im Anhang 3.2.4).

48 % der VG, aber nur 6 % der KG fand das Ausmaß an Psychologie richtig und angemessen. Weitere 40 % der Versuchsgruppenteilnehmer (gegenüber 29 % der KG I) hätten eine Vertiefung psychologischer Themen manchmal nützlich gefunden. 8 % der Pflegenden aus der VG schließlich und der große Anteil von 65 % derjenigen aus der KG I waren der Ansicht, die Psychologie sei im Seminar zu wenig vertreten gewesen.

Interpretation Diese Zahlen belegen unter anderem Gesichtspunkt die Notwendigkeit der Zulieferung praxisbezogener klinisch-psychologischer Erkenntnisse und das Erfordernis intensiverer Kooperation mit Klinischen Psychologen.

6.1.3 Hielten die Teilnehmer das Seminar für eher theoriebezogen oder eher praxisorientiert?

Darstellung Diese Frage berührt die Transferierbarkeit der angebotenen Inhalte. Auf die Frage: "Was hat Ihnen das gesamte Seminar aus Ihrer Sicht am ehesten gegeben?" antworteten die Teilnehmer wie folgt:

	VG N=23	KG I N=17
hauptsächlich Theoretisches	9 %) 39 %	19 %) 69 %
mehr Theoretisches als Praktisches	30 %	50 %
mehr Praktisches als Theoretisches	43 %) 61 %	25 %) 31 %
hauptsächlich Praktisches	18 %	6 %

Interpretation Diese Angaben zeigen, daß das psychologisch orientierte Modellseminar von seinen Teilnehmern als wesentlich praxisorientierter eingeschätzt wurde, als das Seminar, welches nach herkömmlichen Maßstäben der Erwachsenenbildung angelegt war. Es kann somit auch allgemeiner von einer deutlichen Wirkung des hier vorgestellten Seminares für die Praxis ausgegangen werden. Darüberhinaus ist zu vermuten, daß die Pflegenden die angebotenen Inhalte allgemeiner als wichtige Hilfestellungen für die Bewältigung der tatsächlichen Probleme empfunden haben. Dieses zeigt sich konkreter bei der

Beantwortung der beiden folgenden Fragen.

6.1.4 Wie beurteilen die Teilnehmer der Versuchsgruppe nach dem Seminar im Überblick das Konzept der "gezielten psychologischen Betreuung"?

Darstellung Diese Frage, die im Interview näher spezifiziert wurde (vgl. Anhang 3.2.4) ergab, daß 56 % der Teilnehmer dieses Konzept in ihrer durch individuelle Besonderheiten gekennzeichneten beruflichen Situation für "unbedingt notwendig" halten. 40 % gaben an, es sei "sehr notwendig" und nur 1 Teilnehmer (4 %) hielt die Anwendung dieses Konzeptes lediglich für "notwendig". Keiner der Pflegenden entschied sich für die Antwortmöglichkeiten "nein, nicht unbedingt notwendig", "nein, nicht notwendig", oder "nein, überflüssig".

Auch hier wird die Dringlichkeit der Einführung eines solchen Konzeptes in die alltägliche Arbeit der Pflegenden verdeutlicht.

Ähnliches wird durch die Beantwortung des folgenden standardisierten Statement belegt. Auf die Frage: "Haben Sie bislang in Ihrem Heimalltag zu wenig "gezielte psychologische Betreuung" betrieben, oder war es ausreichend?" antworteten 11 der 25 Teilnehmer (44 %) mit "ja, viel zu wenig", 13 (52 %) mit "ja, zu wenig" und 1 Teilnehmer (4 %) mit "nein, genug". Keiner antwortete mit "nein, voll ausreichend".

Interpretation Diese Angaben können als weitere Hinweise zur Angemessenheit des Fortbildungskonzeptes gewertet werden. Wir möchten hier kritisch anfügen, daß es in weiteren Forschungen unerlässlich ist, diese Ergebnisse durch Verhaltensbeobachtungen, sei es im beruflichen Alltag oder durch Verhaltenstests, zu überprüfen. Die erhobenen Selbsteinschätzungsdaten schienen uns hier ausreichend, um den Modellcharakter des Konzeptes nachzuweisen. Wir möchten jedoch auch an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, daß sich einer solchen verhaltensbezogenen Effizienzkontrolle massive Praxisprobleme entgegenstellen. Die Diskussion solcher Probleme im Methodenkapitel mag dem interessierten Leser den großen erforderlichen Forschungsaufwand verdeutlichen.

6.1.5 Wie beurteilen die Teilnehmer die ihnen für psychologische Hilfe zur Verfügung stehende Zeit in ihrem Arbeitsablauf?

Darstellung Als Haupthindernis zur Umsetzung psychologischer Hilfe wird von Pflegenden häufig der Zeitmangel angegeben. Es wurde hier deshalb die Frage gestellt, ob die Teilnehmer der Seminare für ihren beruflichen Alltag Möglichkeiten sehen, ihren Arbeitstag zugunsten (gezielter) psychologischer Hilfe umzustellen.

Auf das Statement: "An meinem Arbeitsplatz bleibt mir aus organisatorischen Gründen (Personalmangel) usw. keine Zeit, um auf psychologische Probleme der Bewohner näher einzugehen" gaben 42 Teilnehmer der beiden Fortbildungsgruppen folgendes an:

Ja, stimmt genau	12 %	(VG: 20 %)
ja	17 %	(VG: 24 %)
eher ja	2 %	(VG: 0 %)
eher nein	17 %	(VG: 16 %)
nein	38 %	(VG: 36 %)
nein, stimmt überhaupt nicht	14 %	(VG: 4 %)

Interpretation In der Gesamtbeurteilung gaben nur relativ wenige der 42 Pflegenden an, daß objektiver Zeitmangel psychologische Hilfe verhindere. Über zwei Drittel aller Pflegenden könnten mit anderen Worten ihren Arbeitsalltag so umstellen, daß sie alten Menschen seelischen Beistand geben könnten. Betrachtet man nur die VG, so ist auffallend, daß diese wesentlich häufiger objektiven Zeitmangel als Hinderungsgrund angab. Immerhin 44 % klagten hierüber.

Dieses Ergebnis scheint mit den durch das Seminar gewachsenen Ansprüchen zusammenhängen, umfassendere psychologische Hilfe zu leisten. Ein solcher Eindruck wurde durch einige Randbemerkungen im Interview erhärtet.

Das Ergebnis, daß psychologische Hilfe auf der einen Seite für dringlich gehalten wird, auf der anderen Seite aber keine Zeit dafür zur Verfügung steht, spiegelt den Grundwiderspruch pflegerischen Tuns. Als Schlußfolgerung kann hieraus nur gezogen werden, den Personalschlüssel zu erweitern, d.h. die psychische Betreuungsbedürftigkeit

einzubeziehen oder zumindest jegliche Verschlechterung im Zahlenverhältnis Bewohner:Pfleger aufzuhalten.*

Allgemeiner jedoch kann davon ausgegangen werden, daß psychologische Hilfe durchaus in den Arbeitsalltag von Pflegenden integrierbar ist. Eine solche Änderung der Prioritätensetzung (z.B. mehr Zuwendung statt peinlichste Ordnung) erfordert die Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses ebenso wie die des Berufsbildes. Die hier vorgestellten Ergebnisse mögen zeigen, daß die Klinische Psychologie zu diesen Prozessen wesentliche Anstöße geben kann.

6.1.6 Erachten die Teilnehmer in ihrer Position vertiefende psychologische Fortbildung als notwendig?

Es wäre möglich, daß die Teilnehmer der VG der Meinung wären, sie verfügten nun über ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich psychologischer Qualifikationen. Vor allem im Hinblick auf die in diesem Bericht an mehreren Stellen geforderte kontinuierliche psychologische Fortbildung wurde die folgende Frage gestellt (vgl. Anhang 3.2.4).

Darstellung Die 42 TN gaben zu dem folgenden Statement an:
Eine weitere vertiefende psychologische Fortbildung wäre in meiner Position:

sehr nützlich und notwendig	41 %	(VG: 36 %)
notwendig und nützlich	52 %	(VG: 56 %)

* Erst nach Abfassung dieses Berichtes im August 1982 wurde durch eine im Bundesrat verabschiedete Gesetzesvorlage der Personalschlüssel von durchschnittlich 1:4 auf 1:5 (Pfleger:Bewohner) verschlechtert (Heimmindestpersonalverordnung). Hierdurch wurden von verschiedenen Seiten "verheerende Folgen für alte Menschen" vorausgesagt. Es mag den Leser dieses Berichtes ebenso betroffen machen, daß diese Verschlechterung der Situation in der Tat zu erheblichen neuen Problemen führen wird, die zu Lasten der Bewohner wie der Pflegenden gehen. Eine solche Verschlechterung läßt vor allem diejenigen Probleme verschärft auftreten, die eine negative Einstellung gegenüber "dem Altern" stark beeinflussen: Altenpflegeeinrichtungen werden noch abschreckender wirken als bisher.

nicht unbedingt notwendig	5 %	(VG: 8 %)
bestimmt nicht notwendig	2 %	(VG: 0 %)

Interpretation Bei ca. 90 % der befragten 42 Pflegenden besteht also ein großes Bedürfnis nach weiterer, vertiefender psychologischer Fortbildung. Dieses ist ein extrem hoher Prozentsatz, wenn man bedenkt, daß eine vierwöchige Fortbildung bereits absolviert wurde. Dieses Ergebnis ist ein zusätzlicher entscheidender Hinweis auf die großen psychologischen Probleme, die Pflegende bewältigen müssen. Sie erwarten von weiteren Fortbildungen praktische Hilfestellungen.

Dieses Ergebnis versetzt Leitungen von Altenpflegeeinrichtungen ebenso wie verantwortlich Tätige in Trägereinrichtungen vermutlich in starke Bedrängnis, bedeutet Fortbildung doch für die Heimleitungen Personalausfall und für die Kostenplanung einen nicht unerheblichen Anstieg. Die Frage: "Würden die Personalkosten in den Heimen dann noch höher?" muß angesichts der hier vorliegenden Qualifikationsmängel mit "Ja" beantwortet werden. Lösungen sind hier wie bei der Produktion von Alternativen erforderlich.

In verschiedenen Zusammenhängen wurden in dieser Arbeit die unterschiedlichen Bewertungsmaßstäbe angesprochen, die die Teilnehmer vermutlich durch die Teilnahme an verschiedenen Seminaren gewonnen haben. Ein Hinweis darauf, daß in eine globale Gesamteinschätzung vergleichbare Erfolgsgefühle eingehen, diese aber keine Aussagen über die unterschiedliche Qualität eines Seminares zuläßt, zeigen die Antworten zu den folgenden 2 Fragen.

6.1.7 Haben sich frühere Erwartungen der Teilnehmer gegenüber dem Seminar erfüllt oder nicht?

Darstellung Auf das Statement: "Alles in allem hat das Seminar meine Erwartungen nicht erfüllt / erfüllt/ übertroffen" gaben die Teilnehmer folgendes an:

nicht erfüllt	VG und KG I: kein Teilnehmer	
erfüllt	VG: 87 %	KG I: 69 %
übertroffen	VG: 13 %	KG I: 31 %

Auf die 4stufige Frage 51, die im Zusammenhang mit den "Fragen zum Lernzuwachs" gestellt worden war: "Angenommen, Sie könnten sich - so

wie Sie diesen Kurs heute kennen - nochmals entscheiden: Würden Sie diesen Kurs dann noch einmal besuchen, oder würden Sie ihn nicht besuchen?" gaben die Teilnehmer der VG und der KG I etwa gleichermaßen oft an, daß sie den Kurs wieder besuchen würden.

Interpretation Ihre subjektive Einschätzung zu diesen beiden Fragen basiert auf unterschiedlichem Erfahrungshintergrund. Bei diesen beiden Fragen wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Entscheidung auch zu begründen.

In der Tendenz gaben hier die Kontrollgruppenteilnehmer an, daß der Kurs ihnen wichtige Anregungen und Kenntnisse vermittelt habe, die Gruppenatmosphäre gut und der Erfahrungsaustausch wichtig für sie war. Eine Teilnehmerin, die den Kurs "nicht unbedingt noch einmal besuchen" würde, drückte dieses so aus: "Weil es hauptsächlich auf Gefühle und nicht Theorien im Alltag eines Pflegers ankommt". Die Teilnehmer der VG gaben hingegen in der Tendenz auch an, daß ihnen der Kurs persönlich und im Berufsalltag geholfen und ihnen mehr Sicherheit gegeben habe.

6.1.8 Sind die Teilnehmer der Meinung, daß das Seminar bei ihnen einen tiefen gefühlsmäßigen Eindruck hinterlassen hat?

Darstellung Diese genannte Frage 12 des standardisierten Interviews wurde gestellt, um Aufschluß darüber zu bekommen, ob das Seminar vielleicht auch "tiefgreifendere" Erlebnisse ausgelöst hat, die die Teilnehmer möglicherweise als "grundlegend lebensbestimmend" erlebten. Als Mittelwert ausgedrückt erzielte die VG hinsichtlich einer 6stufigen Skala (6 = ja, grundlegend lebensbestimmend bis 1 = nein, verhältnismäßig unwichtig) einen Wert von $\bar{x} = 4.32$ ($s = 1.15$), d.h. zwischen "äußerst wichtig" und "sehr wichtig". Derselbe Wert lag bei der KG hingegen bei $\bar{x} = 3.47$ ($s = 1.28$), d.h. zwischen "sehr wichtig" und "ja, auch wichtig".

Diese Frage wurde gestellt, weil vermutet wurde, daß mit einer größeren Erlebnismähe des Seminares auch "tieferegreifendere" Auswirkungen in der Praxis verbunden sind.

Der letzte in diesem Zusammenhang beschriebene Indikator für die Not-

wendigkeit klinisch-psychologischer Zusammenarbeit mit Pflegenden gibt Antwort auf diese Frage.

6.1.9 Wie beurteilen die Teilnehmer die Wirkung, die dieses Seminar in ihren Berufsalltag hinein haben wird?

Darstellung Die Antworten zur Frage 13 des Interviews "Was vermuten Sie über die Wirkung, die dieses Seminar in Ihrem Berufsalltag haben wird?" (vgl. die weitere Formulierung im Anhang 3.2.4) sind wie folgt:

Hinsichtlich der 6 erfragten Abstufungen (+ 3: eher tiefgreifend, anhaltend bis eher oberflächlich, vorübergehend: - 3) liegt der Mittelwert bei der VG bei $\bar{x} = + 1.79$ ($s = 0.93$), bei der KG I hingegen bei $\bar{x} = + 0.94$; $s = 1.25$.

Interpretation Entgegen der o.g. Vermutung ist anhand der Rohdaten nicht anzunehmen, daß ein signifikanter Zusammenhang zwischen der "Erlebnistiefe" und der vermuteten (Transfer-)Wirkung des Seminares besteht. Die Vermutung, daß erlebnisorientiertes Lernen auf den Transfer von Erkenntnissen übermäßigen Einfluß hat, kann anhand der hier vorgestellten Selbsteinschätzungen nicht bekräftigt werden. Auch ist anhand der Rohdaten eine signifikante Korrelation zwischen dem allgemeinen Lernzuwachs und der hier erfragten Wirkung für den Berufsalltag nicht anzunehmen. Unter dem Gesichtspunkt des Seminarerfolges ist dieses Ergebnis stimmig mit den bisher gewonnenen.

Ob die Wirkung der Fortbildung auch tatsächlich langfristig anhält und nicht nur Ausdruck kurzfristiger Euphorie ist, soll anhand einiger Aspekte im folgenden Kapitel untersucht werden.

6.2 LÄNGERFRISTIGE AUSWIRKUNGEN DES FORTBILDUNGSSEMINARES

Dargestellt werden im folgenden:

1. ausgewählte Resultate der Vorher-Nachher-Befragung und
2. die Ergebnisse der Follow-up-Befragung ca. 1 1/2 Jahre nach Beginn des Fortbildungsseminares

6.2.1 Ausgewählte Resultate der Vorher-Nachher-Befragung

Auch in diesem Zusammenhang interessieren für die Fortbildungspraxis vorrangig inhaltliche Veränderungen und weniger personenspezifische (zur Unterscheidung vgl. Kapitel IV, 3.1). Für letztere sind eine Vielzahl von Faktoren maßgeblich, die u.a. im Kapitel III, 3 unter dem Stichwort "Transferanalyse" eingehender behandelt worden sind.

In mehreren Tabellen des zusammenfassenden Ergebnisteils wurden Resultate zu langfristigen Veränderungen mit dargestellt. Sie werden hier aufgegriffen und interpretiert.

Darstellung und Interpretation Aus der überblickhaften Darstellung der Vorher-Nachher-Ergebnisse der Tabelle IV-29 ist langfristig eine weitere geringfügige Abnahme von Problemen, gleichzeitig aber auch eine Zunahme an Schwierigkeiten ersichtlich.

Bei der eingehenderen Analyse der langfristigen Problemverringerungen zeigt sich folgendes: In der VG traten in einzelnen Bereichen langfristige Veränderungen ein, die sich kurzfristig (noch) nicht ergeben hatten. Dieses gilt insbesondere für spezielle Probleme mit Mitarbeitern (Tabelle IV-39).

Tabelle IV-39: Zusammenstellung aller Problemaspekte, die sich kurzfristig nicht verringert haben, wohl aber langfristig (*umgekehrte Auswertung)

Be- reich	Item Nr.	Itembezeichnung	Differenz zwi- schen VORHER und "F.-UP"
1.	84.	Ich komme selten dazu, mal in einer Fachzeitschrift oder einem Fachbuch zu lesen	- 11
2.	12.	Manchmal tue ich lieber etwas anderes, statt zu einem Bewohner zu gehen, der seelische Hilfe von mir brauchen könnte.	- 13
3.	60.	Häufig fehlt mir das Wissen, um die seelischen Probleme der Bewohner in Worte zu fassen	- 31
3.	37.	Als Pflegekraft könnte ich die Bewohner besser pflegen, wenn ich mehr psychologisches Wissen hätte.	- 14

Fortsetzung: Tabelle IV-39

4.	19.	Oft weiß ich nicht, ob das, was ich an psychologischer Hilfe leiste, richtig ist oder nicht	- 14
4.	62.*	Wenn ein Bewohner sich abgeschoben und alleingelassen fühlt, finde ich meist Worte, die ihm helfen	- 12
5.	78.*	Ich finde meist die richtigen Worte, um einem Sterbenden zu helfen	- 15
5.	98.	Ich weiß nicht, wie man einem eigensinnigen und unzugänglichen Bewohner das Sterben erleichtern kann	- 15
6.	27.*	Ich habe selten Schwierigkeiten mit anderen Mitarbeitern	- 15
6.	53.	Gegenüber Mitarbeitern kann ich häufig nicht "nein" sagen	- 14
6.	65.	Ich kann meinen Mitarbeitern oft nicht sagen, was ich für das Richtige halte	- 11
7.	57.	Es ist leider so, aber mit der Zeit wird man dem Schicksal von Bewohnern gegenüber immer gleichgültiger	- 11

Auffallend ist hier wie bei der Analyse der langfristigen Problemveränderungen in den Tabellen IV-30 und IV-33 folgendes:

Die meisten der Veränderungen durch die Fortbildung hielten auch längerfristig an. Bei einzelnen Aspekten ist das Ergebnis der langfristigen Befragung noch besser als zuvor. Dieses ist zunächst ein positives Ergebnis.

Dem steht jedoch gegenüber, daß besondere Erfolge, vor allem einzelne "größere" Veränderungen von mehr als 25 % oder die bessere Problembewältigung im Bereich der Sterbebegleitung, langfristig nicht aufrechterhalten werden konnten. Für die Fortbildungspraxis ist dieses von großer Bedeutung. Tabelle IV-40 gibt deshalb wieder, welche der erfragten 76 Aspekte sich kurzfristig deutlich positiv verändert hatten, längerfristig aber zum Ausgangswert "zurückpendelten".

Darstellung

Tabelle IV-40: Probleme, die sich langfristig "rückgebildet" haben

Be- reich	Item- Nr.	Itembezeichnung	Absolute Werte (in%)			Differenz- werte	
			V	N	F.-UP	V-N	V-F.-UP
1.	35.	Ich verspüre oft eine innere Unruhe, von der ich nicht loskomme	42	29	39	-13	+10
2.	10.	Manchmal habe ich Angst, daß alles erst richtig aufbrechen würde, wenn ich auf die Sorgen und Nöte der Bewohner eingehen würde	50	24	35	-26	+11
4.	58.	Verbitterten und häufig enttäuschten Bewohnern kann ich oft nicht so helfen, wie man es vielleicht könnte	83	71	95	-12	+24
5.	96.	Wenn ich mit Sterbenden spreche, bin ich innerlich nervös und angespannt	63	38	65	-25	+27
5.	75.	Wenn ich Bewohner sterben sehe, bedrückt mich das oft	79	62	83	-17	+21
5.	44.	Wenn ein Sterbender mir sein Vertrauen geben will, kommt es öfter vor, daß ich mich innerlich dagegen sperre	42	10	26	-32	+16
5.	34.	Wenn ich merke, daß ein Bewohner Angst vor dem Tod hat, reagiere ich zwar darauf, fühle mich aber danach doch oft hilflos	71	45	65	-26	+20
5.	25.	Wenn ich Angehörige über den Zustand eines Sterbenden informieren muß, kann ich häufig nicht richtig auf sie zugehen	46	25	52	-21	+27

Zusammenfassend ergeben sich folgende Auffälligkeiten:

Es handelt sich bei diesen Rückbildungen durchweg um stark affektiv

besetzte Problembereiche, besonders aus dem Bereich der Hilfe für Sterbende. Während zuvor gezeigt werden konnte, daß auch in diesen Bereichen durch psychologische Fortbildung eine Veränderung prinzipiell erreicht werden kann, muß hier konstatiert werden, daß die "widerständige Praxis" so mächtige Einflüsse ausübt, daß Erfolge sehr deutlich wieder verschüttet werden.

Zwar ging in das psychologisch orientierte Seminar die Erkenntnis über das "Verschüttet-Werden von Erfolgen" als eine Komponente in die Motivationsförderung zur Selbsthilfe ein. Dieses reichte aber offensichtlich nicht aus, um die Pflegenden auch langfristig gegen überdurchschnittlich große emotionale Probleme "zu wappnen". Damit scheidet die Möglichkeit aus, in der Konsequenz aus diesen Ergebnissen die Fortbildung eines 4-Wochen-Kurses noch weiter zu intensivieren, um eine "noch stabilere" Veränderung zu erreichen.

Als Alternative wird durch diese Resultate vielmehr die Forderung gestützt, klinisch-psychologische Fortbildung kontinuierlich durchzuführen. Die nachträglichen Bewertungen haben gezeigt, daß hierfür bei den Pflegenden auch ein großes Bedürfnis besteht. Eine Konsequenz aus diesen Ergebnissen soll schon an dieser Stelle gezogen werden:

Kontinuierliche Fortbildung hätte sich weiterhin auf die Bewältigung emotionaler Belastungen zu konzentrieren. Es ist positiv, wenn Pflegende zuvor in einem Seminar wie dem hier vorgestellten, die Erfahrung gemacht haben, daß Angst, Unruhe, Nervosität, Hilflosigkeit und Bedrücktheit Empfindungen und Gefühle sind, die veränderbar sind. Solche Erlebnisse stärken erfahrungsgemäß auch die Motivation, alten Menschen bei ähnlichen Gefühlen zu helfen. Es ist fast anzunehmen, daß diese Hilfsmotivation durch die mächtigen Bedingungen der Praxis in gleicher Weise überlagert wurde.

Dieses ist angesichts der steigenden Zahlen pflegebedürftiger und todkranker alter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen ein bedrückendes Ergebnis, dem nur durch weitere Fortbildungen begegnet werden kann.

6.2.2 Ergebnisse der Follow-up-Befragung

Die Antworten der Versuchsgruppenteilnehmer sollen hier kurz wiedergegeben werden (vgl. zu den 3 allgemeinen Fragen Anhang, S. A 151).

1. Ein Indikator für längerfristige Auswirkungen wurde darin gesehen, wie häufig Pflegenden "in ihrem beruflichen Alltag bewußt" auffällt, daß die im Seminar behandelten Themen ihnen heute noch "eine echte Hilfe" sind.

Darstellung Die 6stufige Einschätzung (0-5) hierzu: "Ich denke bewußt an das im Seminar Gelernte" ergab einen Mittelwert von $\bar{x} = 3.52$; ($s = 0.79$; $N=23$), d.h. der Wert liegt bei geringer Streuung zwischen "manchmal" und "oft". Dieses Ergebnis kann als günstig angesehen werden, zumal die Schwelle für die Antwortmöglichkeit "oft" und "sehr oft" durch die Fragenkonstruktion bewußt hoch angesetzt wurde.

Interpretation Dieses langfristige Ergebnis korrespondiert deutlich mit den bisher gewonnenen Resultaten zu globalen Fragen, die ebenfalls 6 Einschätzungsmöglichkeiten enthielten (z.B. den "Fragen zum Lernzuwachs").

2. Als zweiter Indikator für längerfristige Auswirkungen wurde von den Pflegenden erfragt, ob Vorgesetzte seit der Teilnahme am Seminar mehr Verantwortung an sie herantragen.

Darstellung Die 4stufige Antwortmöglichkeit ergab einen Mittelwert von $\bar{x} = 0.83$ ($s = 0.78$; $N=23$), d.h. zwischen "ja, etwas mehr" (1) und "nein, nicht mehr" (0). Ein zu erwartender Unterschied zwischen den Positionen Stationsleitung, Stationsschwester/-pfleger und Stationshilfe konnte nicht festgestellt werden. In allen drei Positionen wurde den Pflegenden nach der Fortbildung demnach nur geringfügig mehr an Verantwortung angetragen. Positionswechsel waren ebenfalls nicht zu beobachten.

Interpretation Das hier beschriebene Fortbildungsseminar führte also im beruflichen Werdegang der Pflegenden nicht zu wesentlichen verantwortungsvolleren Positionen.

3. Ein dritter globaler Indikator für längerfristige Auswirkungen kann in der nachträglichen Beurteilung des Lernerfolges gesehen werden.

Zum ersten Mal waren die Teilnehmer unmittelbar im Anschluß an das Seminar gebeten worden, nachträglich einzuschätzen, wieviel an "Brauchbarem und Nützlichem" sie durch die Teilnahme dazugelernt haben. Dieselbe Frage wurde ca. 1 Jahr nach Beendigung des Seminares gestellt.

Darstellung Eine eventuell unterschiedliche Bewertung sollte Aufschluß darüber geben, ob die früher gelernten Dinge im beruflichen Alltag wirklich anwendbar sind. Das Ergebnis ist folgendes: Während die Teilnehmergruppe kurzfristig einen Wert von $\bar{x} = 3.44$ ($s = 0.71$) erreichte, verschob sich dieser langfristig nur geringfügig auf 3.30 ($s = 0.82$).

Interpretation Mit zunehmender Erfahrung scheinen die Teilnehmer bemerkt zu haben, daß die im Seminar erlernten Dinge im beruflichen Alltag tatsächlich anwendbar sind. Dieses Ergebnis belegt, wenn auch nur in "grober Weise", - d.h. durch eine Globaleinschätzung, einen Mittelwert und eine Selbsteinschätzung -, daß Fortbildung auch langfristig sehr hilfreiche Effekte nach sich ziehen kann.

Aus den Resultaten kann eine längerfristig anhaltende Wirkung des Seminares geschlußfolgert werden, wenngleich - wie wir oben gezeigt haben - in Teilbereichen Lernerfolge wieder "zugedeckt" worden sind.

6.3 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION DER ERGEBNISSE ZU EINZELINDIKATOREN UND KONSEQUENZEN

Anhand verschiedener Anzeichen wurde nachgewiesen, daß die psychologisch orientierte Fortbildung nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig positive Auswirkungen gehabt hat. Einige Ausnahmen wurden beschrieben. Andere Ergebnisse zeigten ein großes Bedürfnis nach weiterer psychologischer Fortbildung. Auch sahen die Teilnehmer die angebotenen Lerninhalte als praxisbezogen an. Ihre weiteren Angaben bestätigten die Angemessenheit des Konzeptes psychologischer Betreuung.

Konsequenzen Zum Abschluß des Ergebnisteiles möchten wir neben den bereits zu Einzelteilen dargestellten Schlußfolgerungen drei Forderungen für die Fortbildungspraxis herausstellen.

1. Klinisch-psychologische Fortbildung sollte für alle Positionen in einer Altenpflegeeinrichtung verstärkt angeboten werden (**zielgruppenspezifische Angebote**). Dabei wird besonders zu beachten sein, daß jeder Teilnehmer entsprechend seiner qualifikatorischen Voraussetzungen zu fördern ist. Diese Forderung betrifft auch die Position der Heimleitung. Im einzelnen wird von Zeit zu Zeit eine neue Qualifikationsbestimmung notwendig sein, um hierauf aufbauend angemessenere Konzepte entwickeln zu können.
2. Die bereits psychologisch fortgebildeten Pflegenden bedürfen weiterer Unterstützung (**Aufbauseminare**). Hier können wesentliche Erfahrungen, die in dieser Studie modellhaft gewonnen wurden, eingehen. Wir denken dabei vor allem an die Betonung der Erlebnis-zentriertheit, der Zielfoffenheit, Personenzentriertheit und Transferkontrolle, Elemente des pädagogisch-therapeutischen Vermittlungskonzeptes, die sich in besonderer Weise bewährt haben.

Die vertiefende Kompetenzförderung sollte sich vorrangig auf die Betreuung psychisch beeinträchtigter alter Menschen beziehen und hierbei die Regeln interdisziplinärer Zusammenarbeit besonders beachten. Aus diesem Punkt ist die Forderung ableitbar, daß die Fortbilder selbst möglichst in einem interdisziplinären Team gearbeitet haben sollten. Diese ist eine Qualifikationsvariable, die sich als sehr förderlich für realitätsangemessene Fortbildung erwiesen hat. Vor allem hinsichtlich der Hilfe für chronisch kranke, insbesondere desorientierte alte Menschen sind auch nach einer Fortbildung, wie sie hier durchgeführt wurde, weiterhin Kompetenzdefizite zu erwarten. Aufbaukurse sollten sich auch vermehrt Multiplikatorenaufgaben zuwenden.

Präventive Hilfsstrategien und Hilfen in Krisensituationen sind schließlich weitere besondere Themenbereiche, denen sich auch die klinisch-psychologische universitäre Ausbildung stärker zuwenden sollte.

3. Psychologische Fortbildung sollte kontinuierlich berufsbegleitend angeboten werden (Supervision), zum einen, damit wesentliche Erfolge, wie sie erzielt werden können, nicht durch die Praxis wieder "zugedeckt" werden. Zum anderen ist es, wie mehrfach in dieser Studie betont wurde, nur in kleineren berufsbegleitenden Supervisionssitzungen möglich, spezifischere Kompetenzen zu erwerben. Eine wesentliche Forschungsaufgabe der Klinischen Psychologie besteht hier in der weiteren Untersuchung der Wirksamkeit spezifischer Helferstrategien, wie auch in der Erforschung von Vermittlungsstrategien während der Supervision.

TEIL V : ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT

Die vorliegende Forschungsstudie berichtete über Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Klinischen Psychologen und Fachkräften in der Altenarbeit im Rahmen der Fortbildung und Supervision.

Generelles Anliegen war es, Hintergrundinformationen über die berufstypische psychische und soziale Situation von Pflegenden zu erhalten.

Der größte Teil dieses Berichtes befaßte sich mit Möglichkeiten der Veränderung dieser psychischen und sozialen Situation mittels eines klinisch-psychologischen Lernprogrammes, welches zusammen mit Pflegenden erarbeitet, durchgeführt und überprüft wurde.

Der Bericht fußt auf einer einjährigen Vor- und einer 17monatigen Hauptuntersuchung. Theoretische Grundlagen entstammen einem Konzept "Kooperativer Psychotherapie", welches durch die Zusammenarbeit mit Pflegenden auf ihre besondere Situation hin adaptiert wurde.

Es handelt sich um einen Modellversuch, bei dem den Sichtweisen von Pflegenden zu ihrer Situation der größte Stellenwert beigemessen wurde. Diese Gewichtung ergibt sich aus dem Anliegen, Fortbildung so praxisbezogen wie möglich zu gestalten: Je genauere Kenntnisse über Kompetenzprobleme und ihre Hintergründe vorliegen, um so personenzentrierter kann psychologische Fortbildung gestaltet werden - um so eher ist eine Veränderung beruflicher Praxis in der Altenpflege über den Weg der Fortbildung möglich. Gleichzeitig werden durch empirisch abgesicherte Ergebnisse über berufstypische Konflikte von Pflegenden Grenzen ihrer Hilfsmöglichkeiten sichtbar.

TEIL I (DIE AUSGANGSLAGE)

Der 1. Teil dieser Arbeit befaßte sich mit einigen Ansatzpunkten, die eine engere Zusammenarbeit zwischen Altenpflege und Klinischer Psychologie begründen. Programmatisch wurden dort einige Schwierigkeiten des Arbeitsfeldes umrissen, zu deren Bewältigung die Klinische Psychologie Wissen und Erfahrungen zuliefern kann. Zur Begründung psychologischer Fortbildung stellten wir weiter erste Ergebnisse über

psychologische Qualifikationsdefizite von 65 Pflegenden aus 41 Altenpflegeeinrichtungen vor.

Die nachfolgenden 2 Kapitel beschäftigten sich mit Problemen der psychosozialen Versorgung in Altenpflegeeinrichtungen und Voraussetzungen psychologischer Qualifizierung durch Ausbildung. Auch diese Analyse begründet eine engere Zusammenarbeit zwischen den beiden Disziplinen Altenpflege und Klinischer Psychologie.

Hinsichtlich der Versorgungslage wurde darauf hingewiesen, daß Altenpflegeeinrichtungen durch die Bevölkerungsentwicklung bei älteren Mitbürgern - vor allem Frauen - durch höhere Lebenserwartung und damit verbundene psychische Auswirkungen chronischer Krankheiten vor neue Probleme gestellt werden.

Danach erfolgte eine Darstellung verschiedener Institutionsformen und Berufe unter dem Gesichtspunkt, inwieweit eine Integration klinisch-psychologischer Hilfen bereits stattgefunden hat oder zu fordern ist. Aus dieser Analyse wurde abgeleitet, daß Pflegenden ein besonderes Maß an Verantwortung für die Erfüllung psychosozialer Aufgaben zukommt. Interdisziplinäre Teamarbeit stellt eine Möglichkeit dar, um psychosoziale Schwierigkeiten besser als bisher zu lösen und um Altenpfleger auf der Suche nach einem neuen beruflichen Selbstverständnis zu unterstützen.

Aus der Analyse der Möglichkeiten, durch Ausbildung ein ausreichendes Maß an psychologischer Qualifizierung zu erreichen, wurde die Forderung abgeleitet, klinisch-psychologische Lerninhalte eher über Fortbildung als über Ausbildung vertiefend einzuführen. Wesentliches Argument hierfür ist die mangelnde Berücksichtigung psychologischer Inhalte in der bisherigen und zukünftigen Ausbildung zum Alten- bzw. Krankenpfleger. Auch in der Praxis der Ausbildung können nach den vorgetragenen Argumenten wesentliche psychologische Inhalte nur unzureichend vermittelt werden.

Die Analyse der Fortbildungstheorie und -praxis in der Altenpflege ergab schließlich ein eklatantes Fehlen fundierter psychologischer berufsbegleitender Fortbildungsangebote. Bisherige Angebote sind im wesentlichen zu kurz und tragen den beruflichen Anforderungen an psychosoziale Aufgaben durch Pflegende nur sehr unzureichend Rechnung.

Aus den zusammengetragenen Argumenten wurden Forderungen an ein psychologisches Fortbildungsprogramm abgeleitet.

TEIL II (METHODIK)

Im 2. Hauptteil dieses Berichtes wurde zunächst diskutiert, wie ein klinisch-psychologisches Fortbildungskonzept durchgeführt und unter welchen Gesichtspunkten es überprüft werden könnte. Die anschließenden Kapitel berichteten über den Untersuchungsablauf und die für diese Studie erarbeiteten Instrumente sowie über Bedingungen der Datenerhebung.

Erste Ergebnisse über Hintergrundbedingungen der beruflichen Situation von Pflegenden schlossen sich an. Diese Ergebnisse dienten zur Überprüfung der Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Untersuchungsgruppen und wurden herangezogen, um Konsequenzen für die Datenverarbeitung zu diskutieren.

Als Forschungsstrategie zur Evaluation eines Fortbildungsprogrammes wurde in diesem Projekt eine Vor- und eine Hauptuntersuchung gewählt. Das Anliegen der Hauptuntersuchung bestand darin, Ergebnisse einer Versuchsgruppe mit denen einer bzw. zwei Kontrollgruppen zu vergleichen. Die Versuchsgruppe erhielt eine klinisch-psychologische Fortbildung (160 Unterrichtsstunden, davon 75 % Klinische Psychologie), die Kontrollgruppe I eine Fortbildung nach herkömmlicher Erwachsenenbildung (160 Stunden, davon ca. 18 % Klinische Psychologie) und die Kontrollgruppe II keine Fortbildung.

Ziel dieses Modellversuches war die Überprüfung, inwieweit klinisch-psychologische Fortbildung ein angemessenes Mittel darstellen kann, psychosoziale Hilfe durch Pflegende zu verbessern.

Zu folgenden Komplexen wurden Daten erhoben:

1. Der Lernzuwachs durch das Seminar
2. Das Ausmaß und die Veränderungen spezieller Probleme
3. Veränderungen im persönlichen Bereich
4. Die Bewertung einzelner Seminarabschnitte (seminarbegleitende Rückmeldungen) und des Gesamtseminares

5. Langfristige Veränderungen und
6. Die psychische Situation als "schwierig" empfundener alter Menschen in Pflegeeinrichtungen.

Nur zu einzelnen Bereichen richteten sich die Fragen auch an die Kontrollgruppen. Während wir die Daten zu den Punkten 1. bis 5. mit dem Ziel der Evaluierung erhoben haben, sollten die Daten zu Punkt 6. dazu dienen, die Problemlage, die von Pflegenden zu bewältigenden ist, zu spezifizieren.

Das Kapitel Methodenbeschreibung enthält eine Skizze über die Konstruktion und Datenerhebung von 8 Instrumenten zur Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung (verschiedene Fragebögen, Interviews und Fragen mit dem Charakter einer Ratingskala).

Erste methodische Ergebnisse zur Überprüfung von Kontrollvariablen ergaben:

- daß eine Verfälschung der Werte durch soziale Erwünschtheit oder Selbstüberschätzung als weitgehend ausgeschlossen gelten kann und
- daß die verschiedenen Untersuchungsgruppen hinsichtlich verschiedener Basisvariablen wie Geschlecht, Bildungs- und Arbeitsplatzsituation in hohem Maß miteinander vergleichbar sind. Dennoch bestehende Unterschiede zwischen den Gruppen sind genauer im Kapitel II, 6.4 zusammengefaßt.

Die Daten dieses Kapitels geben einen vertiefenden Einblick in Variablen, die die Situation von Krankenschwestern und Altenpflegern in ihrem Berufsalltag wesentlich beeinflussen. Diese Hintergrunddaten von maximal 75 Pflegenden aus maximal 41 Einrichtungen verschiedener Regionen sind vor allem für die Praxis psychologischer Fortbildung von großem Interesse. Sie stecken den Rahmen ab, in dem Verbesserungen der psychosozialen Versorgung in Altenpflegeeinrichtungen möglich erscheinen.

TEIL III (PRAXIS)

Der 3. Hauptteil dieser Arbeit besteht aus 4 Kapiteln. Nach einer sehr ausführlichen Darstellung des erarbeiteten Fortbildungskonzeptes

wurde das durchgeführte klinisch-psychologisch orientierte Seminar der Hauptuntersuchung durch den thematischen Ablauf skizziert. 2 weitere Abschnitte betreffen die Praxis der Fortbildung: Das Kapitel Transferanalyse beschäftigte sich mit Bedingungen, die die Umsetzung der behandelten Themen in die Praxis eher fördern oder eher hemmen. Im Kapitel "Charakteristika wesentlicher Kommunikationssituationen zwischen Pflegenden und Bewohnern" wurden Ergebnisse einer Erhebung zur psychischen Situation alter Menschen dargestellt.

TEIL III, 1

Das vorgestellte **Fortbildungskonzept** stellt das Resultat mehrjähriger enger Zusammenarbeit mit Pflegenden dar. Das forschungsmethodische Ziel der Seminare der Vor- und Hauptuntersuchung bestand in der Überprüfung klinisch-psychologischer Praxisvorstellungen durch Sichtweisen von Krankenschwestern und Altenpflegern.

Als Ergebnisse dieser Bestrebung, Mediatorentätigkeit zu fördern, liegen nun vor:

1. Die Skizze eines Handlungskonzeptes "gezielter psychologischer Betreuung".
2. Die Aufschlüsselung wesentlicher Kompetenzbereiche, die mit der Verwirklichung dieses Konzeptes einhergehen und
3. ein Vermittlungsmodell zur Kompetenzförderung im Rahmen berufs begleitender psychologischer Fortbildung.

Das Handlungskonzept für Pflegende baut zu wesentlichen Teilen auf einer situationsbezogenen "Symptomatologie" des Verhaltens und Erlebens alter Menschen in Pflegeeinrichtungen auf. Die im Kapitel "Charakteristika wesentlicher Kommunikationssituationen zwischen Pflegenden und Bewohnern" zusammengestellten "Notsignale alter Menschen" repräsentieren einen Teil des gesamten "Notsignal-'Kataloges'". Diese Beschreibung von Signalen alter Menschen bildet den Ausgangspunkt für das Modell einer gezielteren psychologischen Betreuung. In dem erarbeiteten Fortbildungskonzept wurde psychologische Betreuung als komplexe Handlungsstrategie beschrieben, die in verschiedenen Stadien mit verschiedenen Zielen durch die Pflegenden verwirklicht werden

sollte. Ansatzpunkte für umfassendere psychosoziale Hilfen wurden ebenfalls dargestellt.

Die im Fortbildungskonzept dargestellten Kompetenzbereiche zur Förderung dieser Betreuungsstrategie beziehen sich auf allgemeine pflegerische Fähigkeiten, Prozesse des Beobachtens und Urteilens, auf Fähigkeiten des Kontaktes, insbesondere der Gesprächsführung, der Teamarbeit, der Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle und schließlich auf seminarbegleitende Lernziele.

Das **Vermittlungsmodell zur Kompetenzförderung** stellt eine Kombination aus erwachsenenbildnerischen und gruppentherapeutischen Elementen dar.

Die Beschreibung erfolgte in 3 Teilen: Den Rahmenbedingungen der Fortbildungssituation, den pädagogisch-therapeutischen Handlungsorientierungen und schließlich den Zielbereichen pädagogisch-therapeutischer Interventionen.

Rahmenbedingungen einer solchen Fortbildung sollten geschaffen werden durch systematischen Aufbau, personelle Kontinuität, therapeutische Qualifikation des pädagogisch-therapeutischen Leiters, Kooperation mit Vertretern der Fortbildungsinstitution und Leitungen der Altenpflegeeinrichtungen, aus denen die Teilnehmer stammen, größtmöglichen Transfer durch die Konzipierung berufsbegleitender Seminarabschnitte, interdisziplinäre Konzeption und durch eine Teilnehmerzusammenstellung, die alltagsnahes Lernen in der Gruppe ermöglicht.

Das vorgestellte Fortbildungskonzept beruht auf folgenden pädagogisch-therapeutischen Handlungsorientierungen: allgemeine Grundlage stellt ein Problemlösemodell dar, dessen letzte Schritte im Transfer und der Überprüfung der vermittelten Lerninhalte liegen. Die Zentrierung auf Persönlichkeitsaspekte und Probleme, die Pflegende im Umgang mit alten Menschen und Teammitgliedern empfinden, stellten ein weiteres Kennzeichen des Konzeptes dar. Die pädagogisch-therapeutische Strategie sollte ansetzen an der Betroffenheit der Teilnehmer und an individuellen Lernhemmungen in der Gruppe. Individuelle und allgemeine Problemanteile sollten fortlaufend aufgearbeitet werden; die Teil-

nehmer sollten dabei immer wieder "positiv verunsichert" werden, um so zu einer Aktivierung ihrer Intentionen zur Verbesserung der Situation zu gelangen.

Ziel der pädagogisch-therapeutischen Strategie ist weiter eine zieloffene Gestaltung, d.h. der Verlauf sollte sich nicht zu sehr an einem festgefügt thematischen Programm, sondern vielmehr an aktuellen Problemen und Sichtweisen der Teilnehmer orientieren. Rückversicherungen über die Angemessenheit der pädagogisch-therapeutischen Strategie sollten dementsprechend einen festen Platz im Seminarablauf einnehmen. Durch das Infragestellen der Transferierbarkeit der angebotenen Lerninhalte kann die Veränderungsbereitschaft der Teilnehmer wesentlich gefördert werden. Dadurch, daß der Gruppenleiter darüberhinaus auch seine Vermittlungsstrategie transparent macht, ist die Voraussetzung für intensivere Kooperation geschaffen. Die Teilnehmer sind dann gehalten, sich eigenverantwortlicher um eine Verbesserung ihrer Situation zu bemühen. Schließlich sollten pädagogisch-therapeutische Interventionen die Möglichkeiten von Multiplikatoreffekten einbeziehen.

Neben diesen allgemeinen Handlungsorientierungen sind 4 Zielbereiche für das vorgestellte Fortbildungskonzept tragend.

Pädagogisch-therapeutische Interventionen sollten sich richten auf:

1. berufsbezogene Selbsterfahrung
2. die gemeinsame Erarbeitung von Themen und spezifischen Betreuungssituationen
3. (Verhaltens-)Übungen . und schließlich
4. auf Einzelfallhilfe und -supervision.

TEIL III, 2

Nach dieser ausführlichen Darstellung des Fortbildungskonzeptes schloß sich die **Beschreibung der wichtigsten psychologischen Themen** an, die im Seminar der Hauptuntersuchung angesprochen wurden.

In 5 Lernabschnitten (dreimal eine Woche, einmal 3,5 und einmal 2,5 Tage) standen folgende Rahmenthemen im Vordergrund:

1. Beobachtungs- und Urteilsprozesse
2. Gesprächsführung
3. Sterbebegleitung
4. "Notsignale des alten Menschen"
5. Teamarbeit

Neben diesen intensiven psychologischen Lerneinheiten gehörte zu jedem Lernabschnitt: eine Phase der Wiederholung und Vertiefung von Einzelthemen (ca. 5 Stunden), eine ausführliche Rückmeldung über den Verlauf des Lernabschnittes (ca. 2 Stunden) und eine Phase der Transferkontrolle (ca. 3 Stunden). Exkursionen mit Diskussionsschwerpunkten der psychosozialen Versorgung rundeten das Bild ab.

Andere Disziplinen (Medizin, Sozialpädagogik, Theologie, Recht) nahmen einen Anteil von ca. 25 % des Seminares ein (gegenüber 75 % für den klinisch-psychologischen Teil).

Der thematische Schwerpunkt des 1. Lernabschnittes lag in der Betonung verhaltensorientierter Beobachtung psychischer und sozialer Zusammenhänge. Dabei wurden Prozesse der Urteilsbildung und Hermeneutik, Beobachtungsfehlerquellen und dafür verantwortliche erlebnismäßige Hintergründe kontinuierlich angesprochen. In den weiteren Lernabschnitten erfolgte eine Vertiefung dieses Themenbereiches durch die Hervorhebung von Vermeidungs- und Abwehrverhalten und anderer wesentlicher Beziehungsvariablen bei der gezielteren psychologischen Betreuung alter Menschen.

Im 2. Lernabschnitt stand die Einführung und Vertiefung einer personenzentrierten Gesprächsführung im Vordergrund. Theoretische Grundlage dieser Gesprächsführung bildete zum einen die Methode klientenzentrierter Gesprächsführung. Diese Form der Hilfe wurde eingeordnet in ein Modell "Kooperativer Psychotherapie" (MAIWALD & FIEDLER, 1981), welches als Betreuungsziel die weitestgehende "Selbstbehandlung" des Gesprächspartners beabsichtigt. Eine Abrundung dieses Themenbereiches erfolgte durch eine übungsbegleitende sprachtheoretische Analyse therapeutischer bzw. betreuender Kommunikation.

Im 3. Lernabschnitt wurden die Erkenntnisse und Erfahrungen des 2. Lernabschnittes am Beispiel der Sterbebegleitung vertieft. Eine mo-

dellhafte Systematisierung psychologischer Aufgaben und Probleme in dieser besonderen Betreuungssituation bildete den allgemeinen Kern dieses Lernabschnittes. Besonderes Gewicht wurde der Bedeutung eigener emotionaler Schwierigkeiten im Umgang mit Sterbenden beigemessen. Die psychologischen Themen dieser Woche wurden ergänzt durch eine Einführung in klinisch-psychologische Sichtweisen zur Symptomatologie, Ätiologie und Epidemiologie psychischer Probleme, - Begriffe, die in ihrer Anlehnung an medizinische Denkweisen problematisiert wurden. Als besondere Problembereiche, auf die Pflegende geeignet reagieren müssen, standen Depressionen und Suizid im Vordergrund.

Im 4. und 5. Lernabschnitt schließlich erfolgte eine weitere Vertiefung des zugrundeliegenden Betreuungsprinzipes, welches präventiven Aspekten ein besonderes Gewicht zumißt. Verschiedene Problembereiche (z.B. psychosomatische Störungen, Ängste, Zwangsverhalten, Desorientierung, emotionale Probleme bei der Auseinandersetzung mit physischen Langzeiterkrankungen) wurden eingehend behandelt. Auch hier war der Gedanke der Selbsthilfe gegenüber der Fremdhilfe (und Überversorgung) tragend. Schließlich wurden in diesen Lernabschnitten 2 Themen noch einmal gesondert hervorgehoben: Konflikte und Konfliktlösungen im Team und Möglichkeiten der Multiplikatorentätigkeit.

TEIL III, 3

Das 3. Kapitel des Praxisteiles, **Transferanalyse**, beschäftigte sich mit fördernden und hemmenden Bedingungen der Umsetzung des Erlernten in die Praxis der Altenpflege. Vier Bedingungskomplexe konnten in Zusammenarbeit mit den Teilnehmern näher spezifiziert werden.

1. Von Teilnehmer zu Teilnehmer unterschiedliche Transferprobleme und -möglichkeiten gibt es zum einen durch Bedingungen der Institution: Personalmangel, Zeitdruck, ein übermäßig stark geregelter Tages- und Pflegeablauf sowie hohe Fluktuation bei der "Bettenbelegung" in Krankenhäusern sind Faktoren, die Änderungsversuche erheblich erschweren.

2. Im Kontakt mit Mitarbeitern konnten folgende hemmende Bedingungen festgestellt werden: fehlten Regelungen über Absprachen, gab es wenig Möglichkeiten, über persönliche Belastungen mit Mitarbeitern zu

sprechen, wurden Mitarbeiterbesprechungen selten durchgeführt oder blieben starke Konflikte ungelöst, so wurde den Teilnehmern eine Umsetzung des Erlernten dadurch schwer gemacht.

Auch wenn Mitarbeiter das Gefühl bekamen, Änderungsversuche gingen zu ihren Lasten oder sie offen Ablehnung, Angriffe oder kollektive Abwertungen zeigten, kamen die Teilnehmer in Bedrängnis. Andererseits wurden Handlungsexperimente gefördert, wenn sich die Teilnehmer dadurch von Mitarbeitern besser anerkannt fühlten, sie nicht nur in Gesprächen, sondern auch in hausinternen Fortbildungsgruppen über Inhalte des Seminares berichten konnten und schließlich als wichtigstes, wenn sie Unterstützung "von oben" bekamen.

3. Bezogen auf die eigene Person gingen die Teilnehmer mutiger an Änderungsversuche heran, wenn sie sich selbst für emotional belastungsfähig hielten, nicht überempfindlich reagierten, zu selbstsicherem Auftreten in der Lage waren, gegenüber Mitarbeitern Offenheit zeigten, und wenn sie in der Lage waren, eigenes Verhalten zu kontrollieren, ohne sich selbst zu überschätzen. Als grundlegende fördernde Bedingung für Änderungsversuche konnte hier eine positive Einstellung gegenüber der prinzipiellen Veränderbarkeit psychischer Probleme alter Menschen festgestellt werden.

4. Im Kontakt mit Bewohnern wurden die Teilnehmer ermutigt, wenn alte Menschen ihre Änderungsversuche positiv bewerteten. Unmittelbare positive Verhaltensänderungen als Effekt einer Intervention wirkte am meisten motivierend.

Entmutigt wurden die Teilnehmer hingegen, wenn sie bei Bewohnern auf Mißtrauen, Zurückhaltung, Verschlossenheit, Aggressionen und Abwehr stießen.

Diese hier dargestellten Bedingungen wurden als "Angelpunkte" zur Verbesserung psychosozialer Versorgungsstrukturen gekennzeichnet. Sie klären erfahrungsgemäß einen großen Teil der Varianz im Lernerfolg auf.

TEIL III, 4

Im 4. Kapitel des Praxisteiles ging es um eine nähere Spezifizierung der psychischen Situation alter Menschen unter dem Gesichtspunkt: Wel-

ches sind wesentliche Charakteristika häufiger Kommunikationssituationen mit Bewohnern, die von Pflegenden als "schwierig" empfunden werden?

Die empirische Analyse von 36 Einzelfällen (10 männliche und 26 weibliche Personen im Durchschnittsalter von ca. 77 Jahren) ergab eine große Anzahl von Hinweisen auf besonders betreuungsbedürftige Probleme. Dargestellt wurden in diesem Teil Ergebnisse, die für die weiterführende Konzipierung von Lernprogrammen für Pflegende, Sozialarbeiter und Klinische Psychologen von grundlegendem Interesse sind. Es gilt, in diesen Kommunikationssituationen psychosoziale Hilfe anzubieten.

TEIL IV (ERGEBNISSE ZUR EFFIZIENZPRÜFUNG)

Im 4. Hauptteil dieses Berichtes standen Resultate der Effizienzprüfung des Fortbildungskonzeptes im Vordergrund. Im 1. von 6 Kapiteln erfolgte die Darstellung von Ergebnissen zum Lernstil und zu seminarbegleitenden Rückmeldungen der Versuchsgruppenteilnehmer. Hieraus wurden Schlußfolgerungen hinsichtlich der Rückführbarkeit von Veränderungen abgeleitet. Hervorgehoben wurde hier auch, daß die Selbsteinschätzungen und Fremdbeurteilungen der Versuchsgruppenteilnehmer durch das Training in Beobachtung und Urteilsprozessen nicht ohne weiteres mit Selbsteinschätzungen von "normalen" Versuchspersonen gleichgesetzt werden können.

Nach 2 Kapiteln über das Ausmaß und die Veränderung allgemeiner und spezieller psychischer und sozialer Berufsprobleme erfolgte im anschließenden Kapitel eine Zusammenfassung der zuvor detailliert dargestellten inhaltlichen Resultate.

In dieser Erkundungsstudie interessierten mehr die inhaltlichen Veränderungen in unterschiedlichen Gruppen als die Beschreibung der Varianzen im Lernerfolg zwischen einzelnen Personen oder Personengruppen. Solche Unterschiede wurden jedoch dennoch Überblickhaft im 4. Kapitel dieses Ergebnisteiles mit analysiert.

Das 5. Kapitel beschäftigte sich mit persönlichkeitspezifischeren Veränderungen und das 6. Kapitel schließlich mit empirischen Argumen-

ten für eine Intensivierung interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Klinischer Psychologie und Pflegenden in der Altenarbeit.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse im einzelnen:

TEIL IV, 1

Die seminarbegleitenden Rückmeldungen zeigten, daß fast alle Teilnehmer durch die Seminare neues Wissen, am ehesten neue Verhaltensmöglichkeiten und neue Gefühle kennengelernt haben.

Viele lernten durch Zuhören und Mitschreiben von Ergebnissen oder durch aktive Beteiligung.

Wesentlich waren für sie "Hinweise und Anregungen des Gruppenleiters" und allgemeiner die "Erarbeitung des Themas mit dem Gruppenleiter". Im Vergleich zur Kontrollgruppe mit herkömmlicher Erwachsenenbildung liegen die Ergebnisse bei der Versuchsgruppe in zwei wesentlichen Punkten über der erwarteten Trefferwahrscheinlichkeit der Antworten: Die Versuchsgruppenteilnehmer lernten nach ihren Angaben wesentlich auch dadurch, daß häufig über Transfermöglichkeiten des Erlernten gesprochen wurde und dadurch, daß sie immer wieder auf wesentliche Gefühle gestoßen wurden.

Ergebnisse von 600 seminarbegleitend erhobenen Antworten zur Transferkontrolle bestätigten, daß im Durchschnitt betrachtet 82 % der Teilnehmer in wesentlichen Punkten ein Transfer gelungen zu sein scheint. Auch spezifischere Indikatoren bestätigten die Hypothese, daß die Teilnehmer wesentliche Anstöße für Veränderungen durch das Seminar bekommen haben.

Als wesentlicher Indikator für diese These dienten schließlich die seminarbegleitenden Beurteilungen der Relevanz einzelner Lerneinheiten für die berufliche Praxis. Hier zeigte sich, daß 82 % der Teilnehmer mit großer Übereinstimmung die intensiven klinisch-psychologischen Inhalte befürworteten, während die anderen Themen mit geringerer Übereinstimmung nur von 64 % der Teilnehmer Zustimmung erhielten.

Für besonders relevant hielten die Teilnehmer der Versuchsgruppe die Themenschwerpunkte Sterbebegleitung (95 %), Beobachtungs- und Urteilsprozesse (86 %) und "Notsignale des alten Menschen" (80 %).

Die Resultate dieses Ergebnisteiles führten zusammenfassend zu der Schlußfolgerung, daß wesentliche psychologische Lernerfolge auf die intensive Beschäftigung mit klinisch-psychologischen Inhalten und Methoden zurückgeführt werden können.

Erhärtet wurde diese Interpretation durch den Vergleich der Versuchsgruppenergebnisse mit denen der Kontrollgruppen. Die relevanten Resultate zur Effizienzprüfung aus den wesentlichen Ergebnisteilen seien im folgenden zusammengefaßt.

TEIL IV, 2

Bei allgemeinen Fragen zum **Lernzuwachs** konnten in mehreren Bereichen ähnliche positive Veränderungen festgestellt werden wie bei der Versuchsgruppe. Es zeigte sich jedoch, daß die Versuchsgruppenteilnehmer in wesentlichen psychologischen Bereichen einen deutlich größeren Lernzuwachs zu verzeichnen hatten, so vor allem im Bereich der psychosozialen Hilfe. Hier gaben die Teilnehmer des Modellversuches durch verschiedene Indikatoren an, mehr Vertrauen in ihre Fähigkeit gewonnen zu haben, bei psychischen Problemen Hilfe leisten zu können, verbesserte Interaktionsweisen im beruflichen Alltag zu verwirklichen und vor allem mehr präventive Hilfe zu leisten.

TEIL IV, 3

Ähnlich verhält es sich bei den **Veränderungen spezieller Probleme**. Auch hier konnte festgestellt werden, daß die Kontrollgruppenteilnehmer mit herkömmlicher Fortbildung positive Veränderungen in Teilbereichen aufwiesen. Diese Veränderungen waren jedoch zum großen Teil erheblich geringer, in mehreren Fällen widersprüchlich und in wesentlichen Bereichen fehlend. So konnte für die Modellgruppe im Gegensatz zu den Kontrollgruppen nachgewiesen werden, daß die Teilnehmer im Bereich der Sterbebegleitung und bei der Hilfe für psychisch belastete alte Menschen deutlich weniger Probleme als vor der Fortbildung aufwiesen. Bei der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Fortbildungsmethode stiegen die Probleme im Bereich der Sterbebegleitung nach der Fortbildung sogar an.

Die Veränderungen dieser speziellen Probleme sind in Anbetracht des hohen Ausgangsniveaus an Schwierigkeiten besonders bedeutsam.

Die ausführliche Darstellung spezieller Probleme bei einer Normstichprobe von 65 Pflegenden hatte gezeigt, daß im Schnitt bei jedem 2. Pflegenden gravierende Kompetenzdefizite zu beobachten sind: Viele Pflegende können extreme Belastungen durch ihren Beruf nicht bewältigen (62 %) und verspüren Unsicherheiten bei der Einschätzung psychologischer Zusammenhänge (72 %). Etwa je die Hälfte der 65 befragten Fachkräfte gaben Schwierigkeiten bei der Initiierung psychosozialer Betreuung, beim Umgang mit "schwierigen" Bewohnern, bei der Sterbebegleitung und speziellen Mitarbeiterproblemen an.*

Die Untersuchung von Veränderungen dieser Schwierigkeiten nach ca. einem halben Jahr ergaben bei der Kontrollgruppe II keine Veränderungen in wesentlichen Problemaspekten. Dennoch beobachtete Abweichungen vom Vorher-Wert bei dieser Gruppe konnten durch die eingehende Analyse der Daten als allgemeinere Veränderungen aufgedeckt werden, die sich tendenziell auch bei den Gruppen mit Fortbildung ergeben hatten.

Andere methodische Analysen ergaben, daß fast alle Items als änderungssensitiv gelten können. Auch wurde der gewählte Modus der Dateninterpretation empirisch bestätigt. Schließlich ließ die inhaltliche Stimmigkeit der zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhobenen Daten den Schluß zu, daß es sich um weitgehend valide und reliable Ergebnisse handelt.

TEIL IV, 4

Die Suche nach Unterschieden zwischen Personengruppen im Lernerfolg ergab bei der Gesamtstichprobe der 42 Teilnehmer, daß keine der unterschiedlichen Personengruppen durch Fortbildung außergewöhnlich gut oder schlecht profitiert hätte (z.B. ältere Personen, Stationsschwestern, oder Personen mit Krankenpflege- bzw. Altenpflegeexamen). Anders waren die Ergebnisse bei der Versuchsgruppe. Hier zeigten sich unterschiedliche Lernerfolge in Abhängigkeit von der Position: Stationsleitungen profitierten im Schnitt besser, Stationshilfen dagegen vergleichsweise nicht so gut. Es wurde vermutet, daß vor allem unterschiedliche Transferbedingungen für dieses Ergebnis verantwortlich zu machen sind.

* Dieses sind Ergebnisse bei durchschnittlicher Betrachtungsweise. In wesentlichen Teilaspekten sind die Probleme erheblich gravierender.

Weitere Auswertungen und Analysen von Ergebnissen verschiedener Untersuchungsinstrumente bestätigten generell größere Lernerfolge der Versuchsgruppe gegenüber denen der Kontrollgruppe I und der Kontrollgruppe II. Für einige dieser weiteren Ergebnisse gilt jedoch der Vorbehalt, daß sie nur eingeschränkt gültig sind, weil sie die zugrundeliegenden Stichproben nicht in vollem Umfang repräsentieren.

Die Analyse ergab in Einzelbereichen auch geringfügige oder keine Veränderungen bei der Versuchsgruppe. So änderten sich spezielle Mitarbeiterprobleme kurzfristig nicht wesentlich und auch Probleme bei der Einschätzung und Beurteilung psychologischer Sachverhalte nahmen nicht ab. Im Zusammenhang dieser Untersuchungen wurden auch Problem-aspekte analysiert, die durch Fortbildung weniger beeinflußbar erscheinen und solche, die durch Fortbildung leicht neu entstehen können.

TEIL IV, 5

Die Angaben der Versuchsgruppenteilnehmer zu **persönlichen Veränderungen** lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Viele Pflegende sind in ihrer Haltung selbstsicherer geworden und setzen ihr vergrößertes Einfühlungsvermögen im Kontakt mit Bewohnern und Mitarbeitern ein. Manche Teilnehmer gaben an, "persönlich gewachsen" zu sein und mehr innere Freiheit und Ruhe gefunden zu haben. Die Ergebnisse dieses Teiles verdeutlichen, wie unterschiedlich Lernerfolge von dem individuellen Hintergrund der Teilnehmer abhängen können.

Bei der quantitativen Analyse im Vergleich zum Kontrollgruppenseminar zeigte sich, daß dort persönliche Veränderungen von vielen Teilnehmern nicht gewünscht oder für notwendig erachtet wurden. Die Quantifizierung einer Auswertung von Ergebnissen zur Veränderung persönlicher Schwierigkeiten im Umgang mit Bewohnern ergab, daß manche Pflegende weniger Ängste empfinden und bei dem "größten Problem ihres Lebens" Veränderungen erzielen konnten.

Hier wie auch an anderen Stellen dieser Arbeit wurde darauf hingewiesen, daß Zeitdruck im Arbeitsablauf zu spezifischen Problemen wie Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen führt und sich letztendlich negativ

auf die Betreuung alter Menschen auswirkt.

TEIL IV, 6

Das letzte Kapitel des Ergebnisteiles wandte sich näher der **nachträglichen Beurteilung des Seminarkonzeptes** durch die Teilnehmer zu.

Die Versuchsgruppenteilnehmer gaben nach den Erfahrungen des Intensivkurses übereinstimmend an, bislang zu wenig an psychologischem Fachwissen und -können gehabt zu haben. 40 % von ihnen hätten eine weitere Vertiefung psychologischer Themen nützlich gefunden. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Erwachsenenbildung bemängelten dagegen den geringen Anteil angewandter Psychologie in ihrem Seminar.

Weiteren Aufschluß über Effekte des Seminares gaben die folgenden Resultate: Die Versuchsgruppenteilnehmer schätzen ihr Seminar als wesentlich praxisbezogener und emotional tiefgreifender ein, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe I. 96 % hielten das Konzept der "gezielten psychologischen Betreuung" in ihrer beruflichen Situation für "unbedingt oder sehr notwendig". Die meisten gaben weiter an, bislang zu wenig gezielte psychologische Betreuung geleistet zu haben.

Über zwei Drittel von 42 Pflegenden konnten zum Zeitpunkt des Seminares (1979/80) ihren Arbeitsalltag zu Gunsten eingehender seelischer Hilfe umstellen.

90 % der 42 Pflegenden gaben die wichtige Information, daß weitere vertiefende psychologische Fortbildungen in ihrer Position nützlich und notwendig wären.

Die wesentlichen **langfristigen Auswirkungen** ca. 1 1/2 Jahre nach Beginn des Seminares sind wie folgt zusammenzufassen.

Die meisten der speziellen Probleme bei der Versuchsgruppe nahmen langfristig nicht wieder zu, sondern blieben quantitativ betrachtet konstant. Manche verringerten sich sogar langfristig. Einige besondere Erfolge der psychologischen Fortbildung, so z.B. der große Anteil deutlicher Veränderungen oder die Entwicklung neuer Kompetenzen im emotionalen Bereich, vor allem im Rahmen der Sterbebegleitung, hielten langfristig nicht in so hohem Ausmaß an wie zuvor. Im letzten Ka-

pitel des Ergebnisteiles wurde deshalb hier wie auch im Anschluß an andere Ergebnisdarstellungen auf Konsequenzen für klinisch-psychologische Tätigkeit in der Altenpflege, insbesondere der Fortbildung und Supervision, verwiesen.

TEIL VI: BEWERTUNG UND AUSBLICK

Zum Abschluß dieser Studie möchten wir weitere Bewertungen der hier vorgenommenen Analysen vornehmen. Der interessierte Leser sei auf die mit dem Stichwort 'Konsequenzen' versehenen Abschnitte und Kapitel dieser Arbeit verwiesen, um spezifischere, weiterführende Fragestellungen zu entnehmen.

Die in diesem Bericht geschilderte Ausgangslage hinsichtlich der psychosozialen Versorgung erfordert ein verstärktes praktisches Engagement Klinischer Psychologie im Bereich der Altenpflege. Neben der Bestrebung, offene und teilstationäre Einrichtungen zu erweitern, gilt es, bestehende Institutionen in psychosozialen Fragen zu beraten (vgl. LEUSING, 1982; MAIWALD, i.V.). Neben der Institutionsberatung besteht eine wesentliche Lösung in verstärkter direkter Hilfe für alte Menschen durch Klinische Psychologen (MAIWALD, voraussichtlich 1983) und im Angebot praxisbezogener Fortbildungs- und Supervisionsangebote.

In Anbetracht der desolaten Ausgangslage im Aus- und Fortbildungsbereich ist eine stärkere, kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fordern. Erst dadurch werden die Besonderheiten des Arbeitsfeldes Altenpflege mit ihren Möglichkeiten und Grenzen sichtbar. Viele Aspekte hierzu konnten wir nur ansatzweise diskutieren.

Ein intensiverer wissenschaftlicher Diskurs ist vor allem im Bereich psychosozialer Adaptation von alten Menschen an physische Langzeiterkrankungen erforderlich. Es gilt hier, (differenziell) zu klären, welche besonderen Bedingungen in Familie und Institution Erleichterungen und Erschwernisse schaffen.

Zur Erarbeitung und Umsetzung des Fortbildungskonzeptes wurde in diesem Modellversuch ein neuer methodischer Weg gewählt. Entsprechend der Konzeption, Betroffene stärker in den Forschungsablauf einzubeziehen (vgl. z.B. MERTENS & FUCHS, 1978; FIEDLER & V.EICKELS, 1981) konnten in diesem Projekt viele Erfahrungen und Ergebnisse gesammelt werden, die von großer Relevanz für die Praxis der Altenpflege und

Fortbildung sind. In mehrjähriger Kooperation mit den beteiligten Praxisexperten wurde mittels der gewählten handlungsforschungsnahen Strategie das verwirklicht, was in einem "Fachbericht zur Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland", der 1982 erschien, gefordert wurde.

Dort griffen die Autoren Zweifel daran auf, ob wissenschaftsorientierte Fortbildung bislang ein Mehr an humanem Umgang mit alten Menschen hat bewirken können. Besonders wurde die zweifelnde Haltung von Mitarbeitergruppen hervorgehoben, deren Ausbildung zwar verwissenschaftlicht war, die aber weiterhin psychologische Kompetenzdefizite verspüren. Der Bericht zur Fortbildung schließt mit: "Denkbar wären Formen der Wissensvermittlung, die den Wissenschaftler in der Teilnehmerposition in die Fortbildung einbinden, wo er in der Diskussion und weniger dozierend zur Klärung von Praxisproblemen (und nicht zu ihrer Erklärung) beitragen kann. In diesem Vorgehen bestünde auch eine Chance der Weiterqualifizierung der Wissenschaftler und damit langfristig eine Annäherung von Forschung an Probleme der Praxis". (DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN, 1982, 66)

Einem methodischen Problem des in dieser Arbeit gewählten Vorgehens möchte ich mich im folgenden kurz zuwenden.

Die adaptive Validierung eines Fortbildungskonzeptes, wie es hier vorgestellt wurde, durch jeweils individuelle Sichtweisen der betroffenen Pflegenden fordert einen Versuchsleitereffekt geradezu heraus. Ergebnisverfälschungen sind prinzipiell, ebenso wie bei Verschleierungsversuchen, nicht auszuschließen. Die konsequenteste Kontrolle dieser Variable besteht in der ebenso konsequenten Konstituierung kooperativer Forschungsbedingungen, d.h. in dem Versuch, auf der Grundlage gegenseitigen Vertrauens zwischen Gruppenleiter und Teilnehmern eine realitätsangemessene Einschätzung von Praxisbedingungen zu ermöglichen.

Transparenz und kontinuierliche systematische Rückversicherung über die Angemessenheit der inhaltlichen und methodischen Strategie sind wesentliche Teilbereiche des vorgestellten Fortbildungskonzeptes. Im Rahmen einer Erkundungsstudie, wie sie hier aufgrund des gegenwärtigen Forschungsstandes durchgeführt wurde, erscheint diese Methode angemessen. Andere Vorgehensweisen, z.B. kooperative Feldforschung und teilnehmende bzw. Videobeobachtung scheinen erforderlich, wenn die hier angeschnittenen Probleme Klinischer Psychologie in der Alten-

pflegefortbildung weiter angegangen und überprüft werden sollen. Es ergeben sich jedoch dann ähnliche Schwierigkeiten, wie sie im Methodenteil dieses Berichtes eingehend diskutiert wurden.

Der Praxisteil dieser Studie bezieht sich zwar vorwiegend auf die Fortbildungspraxis, gibt aber auch wesentliche "Insider-"Informationen von Pflegenden über die Praxis der Altenpflege wieder. Diese Informationen sind hilfreich für klinisch-psychologische Tätigkeit in der Altenpflege, insbesondere der Supervision, aber auch für die Formulierung weiterführender wissenschaftlicher Fragestellungen.

Das skizzierte Handlungskonzept für Pflegende mag dazu beitragen, seelischen Hilfen durch Altenpfleger und Krankenschwestern zu größerer Anerkennung zu verhelfen. Es umreißt wesentliche psychologische Aufgabenbereiche von Pflegenden, die im Berufsbild, Selbstverständnis und vor allem im Personalschlüssel berücksichtigt werden sollten. Alle Ergebnisse dieser Studie bestätigen diese Forderung.

Das erstellte pädagogisch-therapeutische Vermittlungskonzept erwies sich als nützlich und angemessen. Insbesondere die Strategien der "positiven Verunsicherung", des gemeinsamen Problemlösens und der Transparenz der Vermittlungsstrategie stärkten die Hilfsmotivation der Teilnehmer. Zieloffenheit und personenzentrierte Handlungszuweisungen stellten wichtige Vermittlungsweisen dar, um den einzelnen maximal zu fordern.

Nachdem hier nun grundlegende Daten über die psychische Situation von Pflegenden gewonnen werden konnten, ist es in weiteren, hieran ansetzenden Forschungen erstrebenswert, sich der Überprüfung des Vermittlungskonzeptes eingehender zuzuwenden.

Weiter finden wir es dringend notwendig, sich der besonderen psychischen Situation pflegender Verwandter zuzuwenden und zielgruppenspezifische Modifikationen dieses Modellkonzeptes (z.B. für Sozialstationsschwestern und ehrenamtlich Tätige) vorzunehmen. In diesem gesamten Bereich steht die Klinische Psychologie noch vor sehr vielen interdisziplinär anzugehenden schwierigen und interessanten Problemen.

Für die Fortentwicklung von Lernprogrammen können auch die übrigen Kapitel des Praxisteiles wesentliche Ergebnisse zuliefern. So ist es

möglich, die Themendarstellung für Forschungsbestrebungen unter curricularen Aspekten zu verwenden. Die Ergebnisse der Transferanalyse sind grundlegend für die Konzeptualisierung einer Lernzielhierarchie und die Ergebnisse des "Notsignal-'Kataloges'" schließlich können dazu beitragen, einer situations- und kommunikationsbezogenen Symptomatologie psychischer Probleme mit Krankheitswert näherzukommen.

Der Ergebnisteil schließlich legt neben der verstärkten Tätigkeit Klinischer Psychologen in Altenpflegeeinrichtungen als wichtigstes die Intensivierung klinisch-psychologischer Fortbildung und Supervision nahe (vgl. dazu auch MAIWALD, 1980; i.V.). Er zeigt darüberhinaus, daß durch systematische Fortbildung viele Einzelaspekte in der Altenpflegepraxis verbessert werden können, die zusammenfassend das Konzept der "gezielten psychologischen Betreuung" repräsentieren.

Betrachtet man das hier geschilderte Ausmaß an psychischen Problemen auf Seiten der alten Menschen und Pflegenden, so erscheint es unverantwortlich, daß der Personalschlüssel in Altenpflegeeinrichtungen durch bundeseinheitliche gesetzliche Grundlagen im August 1982 weiter verschlechtert wurde. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, der psychischen Betreuungsbedürftigkeit alter Menschen in einer weiteren Neuformulierung des Personalschlüssels Rechnung zu tragen.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

ALTENHILFE: monatlich erscheinendes Informationsblatt. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.

ANGERMEYER, M. C. & DÖHNER, O. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Stuttgart: Enke, 1981.

ARBEITSGRUPPE PSYCHOLOGISCH-PÄDIATRISCHE NEPHROLOGIE (JOCHMUS, I., TIEBEN-HEIBERT, A., STEIN, L., MAIWALD, G., DIEKMANN, L., REICHWALD-KLUGGER, E., KORN, R., WECK, K., SCHÄRER, K.): Psychosoziale Betreuung chronisch nierenkranker Kinder und Jugendlicher. Ein Begleitbuch für das nephrologische Team. Münster, Heidelberg: Universitäts-Kinderkliniken, 1982a.

ARBEITSGRUPPE PSYCHOLOGISCH-PÄDIATRISCHE NEPHROLOGIE (JOCHMUS, I., TIEBEN-HEIBERT, A., STEIN, L., MAIWALD, G., DIEKMANN, L., REICHWALD-KLUGGER, E., KORN, R., WECK, K., SCHÄRER, K.): Psychosoziale Betreuung chronisch nierenkranker Kinder und Jugendlicher. Eine Arbeitsmappe für das nephrologische Team. Münster, Heidelberg: Universitäts-Kinderkliniken, 1982b.

BALLUSECK, H. v.: Die Pflege alter Menschen. Institutionen, Arbeitsfelder und Berufe. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 1980.

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS/STAATSMINISTERIUM FÜR SCHULPÄDAGOGIK, ABTEILUNG BERUFLICHE SCHULEN: Lehrpläne für die Fachschule für Altenpflege. München, 1975.

BELBIN, R. M.: Methoden der Aus- und Weiterbildung älterer Arbeitskräfte. Berlin, 1967.

BERGENER, M.: Mögliche Aufgaben eines Psychologen in Altenheimen in der Bundesrepublik. Berichte einer Expertenkommission des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Köln. In: Das Altenheim, 1978, 1, S. 7-8.

BICKEL, G.: Zum besseren Verständnis depressiv erkrankter Menschen. Depression ist etwas anderes als Traurigkeit. In: Altenpflege, 1978, 7, S. 188-189.

BLÖSCHL, L.: Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie. Bern, 1969.

BOMMERT, H.: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie - Praxis - Forschung. Stuttgart, 1976.

BOMMERT, H. & DAHLHOFF, H.-D. (Hg.): Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1978.

BRELOER, G.: Erwartungen der Teilnehmer bei gerontologischen Fortbildungsveranstaltungen als didaktisches Problem. In: aktuelle Gerontologie, 1974, 4, S. 197-199.

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT: Der Entwurf einer Heimindestpersonalverordnung. In: heim + anstalt, 1978, 5, S. 116-117.

BUNGARD, W. (Hg.): Die "gute" Versuchsperson denkt nicht. Artefakte in der Sozialpsychologie. München: Urban & Schwarzenberg, 1980.

CARITAS KORRESPONDENZ: Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in der Arbeit mit alten Menschen und in der Sorge für sie. Freiburg: Lambertus, 1979, 7.

CARITAS KORRESPONDENZ: Ehrenamtliche Dienste in der Arbeit mit alten Menschen und in der Sorge für sie. Freiburg: Lambertus, 1980, 6.

DEININGER, D.: Statistische Ergebnisse über die Lage der älteren Menschen. In: STÖRMER, A. (Hg.): Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, 1970, Band 4.

DENNEBAUM, E.-M.: Aufgaben und Tätigkeitsmerkmale des Leiters von Altenheimen. In: Mitteilungen zur Altenhilfe, 1978, 3, S. 22-29.

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hg.): Nomenklatur der Veranstaltungen, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe. Frankfurt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1979.

DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN e.V. (Hg.): Fachbericht zur Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, 1982.

EBEL, M.: Zur Fortbildung im Altenpflegebereich. In: Altenpflege, 1980, 7, S. 242-244.

EISDORFER, C. & LAWTON, M. P. (Ed.): The psychology of adult development and aging. Amer. Psychol. Ass. Washington, D.C., 1973.

ENGELKE, D. R., HELMERT, U., HINSCHÜTZER, U.: Verzeichnis klinischer geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 1978.

ERLEMEIER, N.: Einige psychologische Determinanten der Weiterbildungsmotivation. In: aktuelle Gerontologie, 1978, 4, S. 201-208.

ESSER, P.: Erlebnisaktivierung in der Psychotherapie. In: BOMMERT, H. & DAHLHOFF, H.-D. (Hg.), München, 1978, S. 129-187.

ESSER, P.: Erlebnisorientierte Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, in Vorbereitung.

FICHTER, M. M., WITTCHEN, H.-U. & KOCH, J.: Psychologen und Sozialarbeiter in Beratung und Psychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: SCHULZ, W. & HAUTZINGER, M. (Hg.), 1980, Band 5, S. 59-76.

FIEDLER, P. A. & HÜRMANN, G. (Hg.): Therapeutische Sozialarbeit. Sonderheft II/1976 der "Mitteilungen der GVT e.V.", 1976.

FIEDLER, P. A.: Psychotherapieziel: Selbstbehandlung. Verbesserung von Problemlösefähigkeit und Selbstbehandlungskompetenz durch Psychotherapie. In: FIEDLER, P. A. (Hg.), 1981, S. 25-76.

FIEDLER, P. A. & EICKELS, N. v.: Kooperation, Transparenz und Veränderung: Auf dem Weg zu einer lern- und personenzentrierten Psychotherapieforschung. In: FIEDLER, P. A. (Hg.), 1981, S. 133-154.

FIEDLER, P. A. (Hg.): Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie. Weinheim: edition psychologie im Verlag Chemie, 1981.

FISCHER, L.: Die Wirkungen der Institutionalisierung auf das Selbstbild alter Menschen. Köln: Böhlau, 1976.

FITTKAU, B., MÜLLER-WOLF, H.-M. & SCHULZ VON THUN, F.: Kommunizieren lernen (und umlernen). Braunschweig, 1977.

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DES DEUTSCHEN CARITAS-VERBANDES FREIBURG I.BR. (Hg.): Altenarbeit als Aufgabe für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen im Caritasverband. Bericht über die Studientagung vom 3. bis 6. Februar 1981 in Freiburg i.Br. in Zusammenarbeit mit dem Referat "Altenhilfe" des Deutschen Caritasverbandes. Freiburg, 1981.

FRÖHLICH, H.: Fortbildung für Altenpfleger. In: Altenpflege, 1977, 10, S. 258-261.

FÜLLGRAF, B.: Erfahrungen mit dem problem- und teilnehmerorientierten Ansatz in der Fortbildung von Mitarbeitern in der Altenhilfe. In: aktuelle Gerontologie, 1978, 4, S. 209-214.

GARMS-HOMOLOVÁ, V.: Synopse. Richtlinien, Regelungen und Ausbildungsordnungen zur Altenpflegeausbildung in einzelnen Ländern in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: Mai 1977). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 1977.

GOFFMAN, E.: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp, 1977.

GOTTESMAN, L. E. & BRODY, E.: Psychosocial intervention programs within the institutional setting. In: SHERWOOD, S. (Ed.), 1975, S. 455-509.

GOTTESMAN, L. E., QUARTERMAN, C. E. & COHN, G. M.: Psychosocial treatment of the aged. In: EISDORFER, C. & LAWTON, M. P. (Ed.), 1973, S. 378-427.

GROND, E.: Praxis der psychischen Altenpflege. Betreuung körperlich und seelisch Kranker. München-Gräfeling: Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski, 1978.

HAARHAUS, F.: Die Psychosomatik des Alterns. In: Altenpflege 1977a, 8, S. 217-219; 1977b, 10, S. 275-277; 1977c, 11, S. 292-295.

HARRIS, C. S. & IVORY, P. B.: An outcome evaluation of reality orientation therapy with geriatric patients in a state mental hospital. In: Gerontologist, 1976, 16, S. 496-503.

HAUTZINGER, M.: Selbstmordhandlungen im Alter. In: HAUTZINGER, M. & HOFFMANN, N. (Hg.), 1979, S. 224-237.

HAUTZINGER, M. & HOFFMANN, N. (Hg.): Depression und Umwelt. Salzburg: Otto Müller, 1979.

HELM, J.: Psychotherapieforschung. Berlin, 1974.

HINSCHÜTZER, U. & KRUG, B.: Bestands- und Bedarfsanalysen von Einrichtungen und Maßnahmen der Altenhilfe (Altenpläne). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 1978.

HOHMEIER, J. & POHL, H. J. (Hg.): Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird. Frankfurt: Suhrkamp, 1978.

HOUBEN, H. M. J. A., MIESEN, H. M. L. & MOL, F.: Der Psychologe im niederländischen Pflegeheim. In: Das Altenheim, 1978, 1, S. 3-5, Vorspann.

KECK, G.: Die hilflosen Helfer? Erfahrungen mit Einführungslehrgängen in den mobilen sozialen Hilfsdiensten an der Zivildienstschule Bocholt. In: der Zivildienst, Sonderausgabe 1979, 11, S. 52-55.

KLIE, T., PFEIL, V. & LANGENSEE, H.: Mobiles Fortbildungsteam. Ein flexibles Konzept zur institutionenzentrierten Fortbildung für Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe. Hamburg: Freundeskreis Falckenried e.V., 1979.

KOCH, U. & SCHMELING, CH.: Ausbildung für den Umgang mit Sterbenden. Eine Diskussion möglicher Lernziele. In: ENGELKE, E., SCHMOLL, H.-J. & WOLFF, G. (Hg.), 1979, S. 125-140.

KOCH, U. & SCHMELING, CH.: Betreuung von Schwer- und Todkranken. Ausbildungskurs für Ärzte und Krankenpflegepersonal. Stuttgart: Urban & Schwarzenberg, 1982.

KRETSCHMAR, J. H.: Interventionsmöglichkeiten in der gerontopsychiatrischen Versorgung durch das Psychiatrische Krankenhaus. In: LEHR, U. (Hg.), 1979.

LEHR, U.: Zur Psychologie des Alterns - Stereotypen und Tatsachen. In: aktuelle Gerontologie, 1971, 1, S. 17-23

LEHR, U.: Psychologie des Alterns. Stuttgart: Quelle und Meyer, 1972.

LEHR, U.: Seniorinnen. Zur Situation der älteren Frau. Darmstadt: Steinkopff, 1978.

LEHR, U.: Die Situation der älteren Frau - psychologische und soziale Aspekte. In: Ztschr. Gerontol., 1978, 11, S. 6-26.

LEHR, U. (Hg.): Interventionsgerontologie. Darmstadt: Steinkopff, 1979.

LEHR, U.: Gero-Intervention - das Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem ein hohes Lebensalter zu erreichen. In: LEHR, U. (Hg.), 1979, S. 1-49.

LEUSING, W.: Beratung von Altenheimen durch Sozialarbeit. In: Mitteilungen zur Altenpflege, 1982, 3.

LIENERT, G. A.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz, 1969.

MAIWALD, G.: Sprechakte in therapeutischen Situationen. Die Funktion einiger Sprachmerkmale für die Regulation von Problemlöseprozessen. unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Münster, 1978.

MAIWALD, G.: Berufsbegleitende psychologische Fortbildung in der Altenpflege. Analysen, Bedürfnisse und Vorschläge für ein längerfristiges Rahmenmodell aus der Sicht der Klinischen Psychologie. unveröffentlichte Broschüre. Münster: Eigenverlag, 1980.

MAIWALD, G.: Klinische Psychologie in der Altenpflege. Über die Dringlichkeit psychologischer Arbeit in einem jungen Praxisfeld. In: Psychologische Rundschau, im Druck, voraussichtlich 1983.

MAIWALD, G.: Fachberatung von Altenpflegeeinrichtungen durch Klinische Psychologie. In: Mitteilungen zur Altenpflege, in Vorbereitung.

MAIWALD, G.: Klinische Psychologie in der Altenpflege. Erkenntnisse und Erfahrungen. (Arbeitstitel). Weinheim: edition psychologie im Verlag Chemie, in Vorbereitung.

MAIWALD, G. & FIEDLER, P. A.: Die therapeutische Funktion kooperativer Sprachformen. Ansätze zu einer sprachtheoretischen Analyse therapeutischer Kommunikation. In: FIEDLER, P. A. (Hg.), 1981, S. 97 - 132.

MAIWALD, G., SCHMITT, G. M. & STEINZEN, G.: Klinisch-psychologische Tätigkeit mit chronisch Kranken Kindern und Jugendlichen am Beispiel nephrologischer, onkologischer und orthopädischer Erkrankungen. In: Psychologische Rundschau, im Druck, voraussichtlich 1983.

MERTENS, W. & FUCHS, G.: Krise der Sozialpsychologie? München: Ehrenwirth, 1978.

MYBES, U., PFAU, C. & RÜCKERT, W.: Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen. Ergebnisse arbeitswissenschaftlicher Untersuchungen. Stuttgart: Kohlhammer, 1980.

NELLESSEN, S.: Kommunikationstherapie. In: HEINERT, K. (Hg.): Einstellung und Verhaltensänderung. München, 1979.

OBERWITTLER, W.: Altersmedizin. Vortrag im Franz-Hitze-Haus, Münster am 13.12.1979.

PALLENBERG, C.: Informationsdienst: Tagungsvorhaben und Fortbildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der Altenarbeit/-hilfe und Kongressvorhaben auf dem Gebiet der Gerontologie und Geriatrie. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, e.V., erscheinungsweise vierteljährlich.

PETZOLD, H. & BUBOLZ, E.: Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn: Jungfermann, 1979.

PILZ, E.: Berufsbegleitendes Fortbildungsseminar für geriatrische Aktivierungshelfer. In: KDA: Informationen über Dienste in der Altenhilfe, 1978, 13.

POLLOCK, D. D. & LIBERMAN, R. P.: Behaviortherapy of incontinence in demented inpatients. In: Gerontologist, 1974, 14, S. 488-491.

PROCHAZKA, R.: Dimensionen der Einstellung von Krankenschwestern zu ihren Patienten. Interdependenz mit Berufszufriedenheit und traditionellem Berufsbild. Dissertation. Hamburg, 1978.

RADEBOLD, H.: Möglichkeiten und Einschränkung der Behandlungsverfahren in den Versorgungssystemen Psychotherapie/Psychosomatik und Soziale Therapie. In: LEHR, U. (Hg.), 1979, S. 101-107.

REST, H. O. F.: Praktische Orthothanasie (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis. Teil 1. Entwicklung von Verhaltensmerkmalen für den Umgang mit Sterbenden auf der Grundlage partizipierender Feldforschung in Einrichtungen der Altenhilfe. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1977.

RIEKE, M.: Die Notwendigkeit einer fachlichen Weiterbildung für das Pflegepersonal in der Psychiatrie, begründet im Wandel innerhalb dieser Disziplin. In: Deutsche Krankenpflege, 1979, 4, S. 181-189.

ROSENMAYR, L. & ROSENMAYR, H.: Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek bei Hamburg, 1978.

RUNDERLASS DES ARBEITS- UND SOZIALMINISTERS VOM 15.6.1969. V/1-6964: Ausbildung, Prüfung und staatliche Anerkennung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. In: MINISTERIALBLATT für das Land Nordrhein-Westfalen, Jahrgang 1969, 95, S. 1136-1140. Tag der Ausgabe: Düsseldorf, den 10. Juli 1969.

RUST, J. & HOFFMANN, A.: Fortbildungsplanung in der Altenhilfe. In: Altenpflege, 1979, 5, S. 163-164.

- RÜCKERT, W.: Interventionsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland - gegenwärtiger Stand der Altenhilfe. In: LEHR, U. (Hg.), 1979, S. 116-127.
- SAUTER-SERVAES, H.: Chronisch Kranke - Herausforderung der Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt, 1982, 9, S. 72-74.
- SCHENDA, R.: Das Elend der alten Leute. Düsseldorf: Patmos, 1972.
- SCHMALZRIEDT, L. & PROCHAZKA, R.: Individuelles Pflegegespräch. Frankfurt: Vertrieb: Brücken Film, Sternstraße 17, 8000 München 22, o.J.
- SCHMIDBAUER, W.: Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1977.
- SCHMITZ-SCHERZER, R., SCHICK, I., KÜHN, D. & PLAGEMANN, K.: Altenwohnheime, Personal und Bewohner. Eine empirische Studie in der Stadt Braunschweig. Stuttgart: Kohlhammer, 1978.
- SCHNEIDER, R.: Arbeitsfeldbezogene Weiterbildung in Verhaltenstherapie für den Sozialarbeiter im psychosozialen Beratungsdienst. In: FIEDLER, P. A. & HÖRMANN, G., 1976.
- SHERWOOD, S. (Ed.): Long-term-care: a handbook of researchers, planners and providers. New York: Spectrum Publ., 1975.
- SPINNER, N.S.: Der Altenpfleger gestern und heute. In: Altenpflege, 1979, 7, S. 234-236.
- SPORKEN, P.: Ausbildung und Training für den Umgang mit Sterbenden. In: ENGELKE, E., SCHMOLL, H.-J. & WOLFF, G. (Hg.), 1979, S. 115-124.
- STRAUCH, B.: Altenheim und Altenrolle. In: HOHMEIER, J. & POHL, H.-J. (Hg.), 1978, S. 102-123.
- THOMAE, H. & LEHR, U. (Hg.): Altern. Probleme und Tatsachen. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft, 1977.
- THÜRKOW, K.: Basisliteratur zur Gerontologie und Altenarbeit - eine Literaturdokumentation mit Inhaltsangaben und Auswahlbibliographien. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 1981.
- WOLFF, G. & BRIX, J.: Onkologisch erkrankte Kinder und ihre Familien. In: ANGERMEYER, M. C. & DÖHNER, O. (Hg.), 1981 S. 59-68.
- ZINNECKER-MALLMANN, K.: Psychologieunterricht im Altenpflegeseminar. In: Altenpflege, 1976, 11, S. 70-73.

AUSWAHLBIBLIOGRAPHIE

Die nachfolgende Liste enthält Bücher und Zeitschriftenartikel für ein vertiefendes Literaturstudium. Alle mit einem Sternchen gekennzeichneten Schriften wurden direkt oder indirekt in dem vorgestellten Lernprogramm verwendet.

Altern und Pflegeeinrichtungen

- *BUJARD, O. & LANGE, U.: **Armut im Alter**. Ursachen, Erscheinungsformen, politisch-administrative Reaktionen. Weinheim: Beltz, 1978.
- *BIRREN, J. E.: **Altern als psychologischer Prozeß**. Freiburg: Lambertus, 1974.
- *NARR, H.: **Soziale Probleme des Alterns**. Altenhilfe und Altenheim. Stuttgart: Kohlhammer, 1976.
- *BILA, H. V.: **Gerontologie**. Bestandsaufnahme zur Situation der Altersforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1974.
- *KOCH-STRAUPE, U., KOCH, H. B. & LEISNER, R.: **Altersforschung**. Ein Lernprogramm für die soziale Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 1973.
- *GROND, E.: **Körperliche, soziale und seelische Veränderungen im Alter**. In: *Altenpflege*, 1979, 11, S. 316-322.
- WOLL-SCHUHMACHER, J.: **Desozialisation im Alter**. Stuttgart: Enke, 1980.
- *SCHICK, J.: **Alte Menschen in Heimen**. Eine empirische Untersuchung zu Korrelaten des psychischen und sozialen Wohlbefindens von Heimbewohnern. Köln: Hanstein, 1978.
- SUMMA, I.-D., BARTENSTEIN, O. & FÜSSEN, I.: **Die Einstellung stationärer Krankenhauspatienten zum Alten- bzw. Altenpflegeheim**. In: *actuelle Gerontologie*, 1981, 5, S. 167-170.
- HUMMEL, H., SEUFERLING, P., STEINER-HUMMEL, I. & WEINREICH, H.: **Integration alter Menschen im Heim**. Stuttgart: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, unveröffentlichte Broschüre, 1981.
- SPAUWEN-MICKA, E.: **Anpassung an das Heim**. In: *actuelle Gerontologie*, 1974, 11, S. 705-709.
- EISENBACH, M.: **Umgang mit alten Menschen und ihre Aktivierung**. in: *heim + anstalt*, 1979, 7, S. 155-157.

"Notsignale des alten Menschen"

- *SCHMITZ-SCHERZER, R. & SCHICK, I.: **Die psychische Situation des älteren Menschen im Heim**. In: *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, 1977, 3, S. 162-171.
- *STEINER, I.: **Identitätskrisen im Altersheim**. In: *Blätter zur Wohlfahrtspflege*, 1979, 5, S. 129-134.
- *OBERHOFER, E.: **Psychisch kranke Bewohner in einem Altenheim**. In: *Mitteilungen zur Altenhilfe*, 1979, 2, S. 18-21.
- RITTER-VOSEN, X.: **Interventionsmöglichkeiten bei psychisch veränderten Menschen im Altenheim**. In: *heim + anstalt*, 1980, 11, S. 299-301.

HARTWIEG, W.: Umgang mit psychisch auffälligen Menschen in Pflegeheimen. In: Das Altenheim, 1981, 8, S. 210-211.

*DIAKONISCHES WERK DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND in Zusammenarbeit mit dem DEUTSCHEN EVANGELISCHEN VERBAND FÜR ALTENHILFE, Stafflenbergstraße 76, 7000 Stuttgart 1 (Hg.): Hilfe für das Alter. Stuttgart: Steinkopf, 1977.

ANGERMEYER, M. C. & FREYBERGER, H. (Hg.): Chronisch kranke Erwachsene in der Familie. Stuttgart: Enke, 1981.

*MOOS, R. H. (Ed.): Coping with physical illness. New York: Plenum 1977.

*PIPER, H. CH.: Kranksein - Erleben und Lernen. München: Chr. Kaiser, 1980.

HOFMANN, R.: Selbstkonzept und Selbsteinschätzung Körperbehinderter. Ein Beitrag zur Relevanz selbstbezogener Kognitionen. Weinheim: Beltz, 1981.

FALCK, I.: Der chronisch und alte Kranke. Münchener Medizinische Wochenschrift, 1969, 26, S. 1421-1427.

BIRKMAYER, W.: Seelische Probleme der unheilbar Kranken im Alter. In: aktuelle Gerontologie, 1979, 9, S. 465-467.

STEINMANN, B.: Die Pflege des betagten und chronisch Kranken. Bern, Stuttgart: Huber, 1963.

*KÖHLE, K., SIMONS, C. & URBAN, H.: Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In: UEXKÜLL, TH. v. (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München: Urban und Schwarzenberg, 1979, S. 811-832.

*KRIEGER, G. W. & BASCUE, L. O.: Terminal illness. In: Famil. Coordin., 1975, 3, S. 351-355.

SCHNEIDER, H. & ZIEGELASCH, H.-J.: Untersuchungen zum Diabetes mellitus im hohen Lebensalter. In: Zeitschrift für Alternsforschung, 1981, 2, S. 137-141.

JENTSCH, R.: Beratung alter Menschen über ihre Ernährungsprobleme. In: Das Altenheim, 1975, 1, S. 10-13.

MENDEL, W. M.: Stützende Therapie chronisch Kranker am Beispiel der Schizophrenie. Stuttgart: Hippokrates, 1980.

SCHULTZ, H. J. (Hg.): Einsamkeit. Stuttgart: Kreuz, 1980.

*ULLRICH DE MUYNCK, R. & ULLRICH, R.: Das Assertiveness-Training-Programm ATP: Einüben von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. München: Pfeiffer, 1976.

HAASE, H.-J.: Depressive Verstimmungen. Entstehung - Erscheinung - Behandlung. Stuttgart, 1980.

*FISCHER, L.: Aggressivität als Daseinstechnik in Altenpflegeheimen. In: Zeitschrift für Gerontologie, 1978, 14, S. 459-468.

KÜHNERT, S.: Selbstmord in Heimen. In: Zeitschrift für Gerontologie, 1981, 14, S. 501-507.

*LUBAN-PLOZZA, B. & PÖLDINGER, W.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Berlin: Springer, 1980.

- LADEWIG, D. (Hg.): **Drogen und Alkohol**. Der aktuelle Stand in der Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger. Internationales Symposium, Basel, September 1979. Basel, München, 1980.
- POPPE, W. & HENTSCHEL, F.: **Alkoholismus bei Bürgern in höherem Lebensalter**. Eigenarten des Alkoholismus beim alten Menschen. In: Das deutsche Gesundheitswesen, 1978, 2, S. 56-59.
- *HARSCH, H.: **Alkoholismus: Schritte zur Hilfe**. München: Chr. Kaiser, 1980.
- GALDI, Z. & VERTES, L.: **Alkoholismus im Alter**. In: aktuelle Gerontologie, 1980, 7, S. 305-307.
- *MANTEK, M.: **Frauen-Alkoholismus**. München: Ernst Reinhard, 1979.
- *JERVIS, G.: **Kritisches Handbuch der Psychiatrie**. Frankfurt: Syndikat, 1978.
- BRENNER, C.: **Gerontopsychiatrie**. Stuttgart, 1981.
- *ÖSTERREICH, K.: **Psychiatrie des Alterns**. Heidelberg: Quelle und Meyer, 1981.
- SCHNEIDER, H.-D. & FISCH, H. P.: **Der geriatrische Beurteilungsbogen (GBB)**. Ein Instrument zur Einschätzung des Alltagsverhaltens geriatrischer Patienten durch das Pflegepersonal. In: OSWALD, W. D. & FLEISCHMANN, U. M. (Hg.): **Experimentelle Gerontopsychologie**. Weinheim: Beltz, 1981, S. 116-130.
- STORANDT, M., SIEGLER, I. C. & ELIAS, M. F.: **The Clinical Psychology of Aging**. New York: Plenum Press, 1978.

Sterbebegleitung

- *WITKOWSKI, J.: **Ergebnisse der Thanatopsychologie**. Heidelberg: Quelle und Meyer, 1978.
- *POTTHOFF, D.: **Der Tod im medizinischen Denken**. Stuttgart: Enke, 1980.
- LÜTH, P. (Hg.): **Sterben heute: Ein menschlicher Vorgang?** Stuttgart: Hippokrates, 1976.
- *AMERY, J.: **Hand an sich legen**. Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett, 1976.
- *MEYER, J. E.: **Tod und Neurose**. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1973.
- *BITTER, W.: **Alter und Tod - annehmen oder verdrängen?** Stuttgart: Klett, 1974.
- *SCHUBERT, R. & STÖRMER, A. (Hg.): **Schwerpunkte in der Geriatrie 4. Euthanasieprobleme**. München-Gräfeling: Dr. Edmund Banaschewski, 1977.
- *LAU, E.: **Tod im Krankenhaus**. Soziologische Aspekte des Sterbens in Institutionen. Köln, 1975.
- *KÜBLER-ROSS, E.: **Interviews mit Sterbenden**. Stuttgart: Kreuz, 1969.
- KÜBLER-ROSS, E.: **Was können wir noch tun?** Stuttgart: Kreuz, 1980.
- *GLASER, B. G. & STRAUSS, A.: **Interaktion mit Sterbenden**. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1974.
- *PIPER, H.-CH.: **Gespräche mit Sterbenden**. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1977.
- WITKOWSKI, J.: **Die Auseinandersetzung mit der Todesthematik - eine Determinante erfolgreichen Alterns?** In: Zeitschrift für Gerontologie, 1980, 13, S. 552-559.

- FALCK, I. (Hg.): **Sterbebegleitung älterer Menschen** - Ergebnisse einer Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie im November 1979 in Berlin. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V., 1980.
- *SCHWEIGER, D.: **"Sterben im Altenheim"** - Organisatorische Probleme. In: Das Altenheim, 1977, 1, S. 18-19.
- *SCHWEIGER, D.: **Sterben im Altenheim**. In: Das Altenheim, 1976, 8, S. 163-168.
- *REST, H. O. F.: **Praktische Orthothanasie (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis**. Teil 2: Dokumentation in- und ausländischer Literatur zur multidisziplinären Auseinandersetzung mit Tod und Sterben unter besonderer Berücksichtigung des Umgangs mit Sterbenden. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1978.

Weitere Literatur

- RADEBOLD, H.: Zur Indikation direkter und indirekter psychotherapeutischer Verfahren im Bereich der Geriatrie. In: aktuelle Gerontologie, 1974, 7, S. 479-483.
- *RADEBOLD, H., BECHTLER, H. & PINA, I.: **Psychosoziale Arbeit mit älteren Menschen**. Freiburg: Lambertus, 1973.
- RADEBOLD, H., BECHTLER, H. & PINA, I.: **Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen**. Ein Handbuch. Freiburg: Lambertus, 1981.
- *MUNNICH, J. M. A. & JANMAAT, H. F. J.: **Vom Umgang mit älteren Menschen im Heim**. Freiburg: Lambertus, 1976.
- *KOCH-STRAUBE, U.: **Gemeindearbeit mit alten Menschen**. Zürich, Köln: Benziger, 1979.
- *KUNZ, E. & LEHNIG, W.: **Seniorenarbeit alternativ**. Entwicklung eines Modells. Heidelberg: Quelle und Meyer, 1979.
- JUNKERS, G., PETERMANN, F., RÖNNECKE, B. & SCHMIDTCHEN, S. (Hg.): **Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern**. DGVt-GwG-Sonderreihe "Klinische Psychologie und Psychotherapie", zu beziehen über DGVt e.V., 7400 Tübingen, Friedrichstraße 5, 1982.
- *EISENBACH, M.: **Psychologie in der Altenarbeit**. Freiburg: Lambertus, 1979.
- *SONNECK, G. & RINGEL, E.: **Technik der Krisenintervention**. In: Psychiatria Clinica, 1977, 10, S. 85-95.
- *HOLMES, J. G. & MILLER, D. I.: **Interpersonal conflict**. In: THIBAUT, J. W., SPENCE, J. T. & CARSON, R. C.: Contemporary Topics in Social Psychology. Morristown, 1976, S. 265-307.
- KNOEPFEL, H.-K.: **Einführung in die Balint-Gruppenarbeit**. Stuttgart, 1980.
- *RADEBOLD, H. & GRUBER, F.: **Psychosoziale Gerontologie**. Modell für ein Curriculum. Freiburg: Lambertus, 1979.
- WEINBERGER, S.: **Klientenzentrierte Gesprächsführung**. Ein Lern- und Trainingsprogramm. Weinheim: Beltz, 1980.
- *TAUSCH, R. & TAUSCH, A.-M.: **Gesprächspsychotherapie**. Göttingen: Hogrefe, 1979.
- *WEBER, W.: **Wege zum helfenden Gespräch**. Gesprächspsychotherapie in der Praxis. München: Ernst Reinhard, 1976.

ANHANG (A)

	Seite
A 1 AUFBAU DER SEMINARE	1
1.1 Versuchsgruppe	2
1.1.1 Seminarprogramme	2
1.1.2 Überblick: Thematische Gliederung nach Bereichen	7
1.1.3 Überblick: Thematische Gliederung nach tatsächlich durchgeführten Lerneinheiten	8
1.2 Kontrollgruppe I	
1.2.1 Seminarprogramme	11
1.2.2 Überblick: Gliederung der tatsächlich behandelten Themen in Stichworten (Kontrollgruppe I)	15
A 2 DIDAKTISCHES MATERIAL (AUSWAHL)	
2.1 Material zu Lernabschnitt 1	17
2.1.1 Die Wahrnehmung von Gefühlen des Bewohners	17
2.1.2 Ergebnisse	19
2.1.3 Noch ein Fremdbild: Wie sehe ich als Mitarbeiter den Bewohner?	20
2.2 Material zu Lernabschnitt 2	
2.2.1 Stufen psychologischer Betreuung	22
2.2.2 Einführung in eine Form helfender Gesprächsführung	23
2.2.3 Gefühle, was sind das eigentlich?	31
2.2.4 Übungsmaterial: Einführendes Verstehen,	32
bis Selbstauseinandersetzung, Ansprechen von Gefühlen	
2.2.10	
2.3 Material zu Lernabschnitt 3	
2.3.1 Sterbebegleitung	45
2.3.2 Psychologische Hilfen im Rahmen der Sterbebegleitung	52
2.4 Materialien zu den Lernabschnitten 4 und 5	
2.4.1 "Notsignale des alten Menschen"	55
2.4.2 Allgemeinere Hilfen zur Bewältigung von Streß-situationen	118
A 3 METHODEN	
3.1 Seminarbegleitende Rückmeldungen	
3.1.1 Fragen zur Bewertung der Relevanz einzelner Lerneinheiten	123
3.1.2 Fragen zur Bewertung einzelner Lernabschnitte	124
3.1.3 Seminarbegleitende Einschätzungen zum Transfer	126
3.1.4 Drei Fallbeispiele	127
3.2 Methoden zur Effizienzkontrolle	
3.2.1 Fragen zu "speziellen Problemen"	129
3.2.2 Fragen zum "Lernzuwachs durch das Seminar"	
A: Allgemeiner Teil	136
3.2.3 Fragen zum "Lernzuwachs durch das Seminar"	
S: Spezieller Teil	142
3.2.4 Aufbau des Interviews	144
3.2.5.1 Fragen zu persönlichen Schwierigkeiten	149
3.2.5.2 Fragen zu Veränderungen persönlicher Schwierigkeiten	150
3.2.6 Fragen zur langfristigen Bewertung	151
3.3 Ausgewählte Fragen zur Bildungs-, Arbeits- und Heim-situation	
3.3.1 Verschiedene Fragen an Pflegende	152
3.3.2 Fragen zur Heim- und Bewohnersituation	154
A 4 ERGEBNISSE	

A 1 AUFBAU DER SEMINARE

A 1.1 VERSUCHSGRUPPE

A 1.1.1 Seminarprogramme

4400 Münster, Oktober 1979

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit laden wir Sie herzlich ein zu der ersten Studien-
woche unseres Seminares:

Die Sorge um den alten Menschen I

15. - 19. Oktober 1979

PROGRAMM

Montag, 15. Okt. 1979

11.00* Begrüßung: Einführung in die Tagung; Bedeutung der
eigenen Berufserfahrung für das Seminar

15.00* **Unser Selbstverständnis von der Heimsituation**

17.00* **Das Selbstbild unserer Bewohner; Was wissen wir da-
rüber?**

ab

19.30 Gemütliches Beisammensein im "PÜTT"

Dienstag, 16. Okt. 1979

9.15* **Noch ein Fremdbild; Wie sehe ich als Mitarbeiter
den Heimbewohner?**

11.00* Was hat mein Verhalten mit dem Heimbewohner zu
tun? **Einführung in die Verhaltenstheorie**

15.00 **Menschenrechte und christliches Menschenbild**

19.15 Film: "Home sweet Home"

Mittwoch, 17. Okt. 1979

9.15* **Besichtigung des Altenheims "Haus St. Marien" in
Belm**

15.00* **Ein Modellaltenheim und unsere Erfahrungen; Diskus-
sion der Besichtigung**

16.45* **Unsere Beobachtungen und Urteile über den Heimbe-
wohner; Sprechen wir darüber mit anderen?**

Donnerstag, 18. Okt. 1979

9.15 **Soziale Beziehungen im Altenheim; Was erwarten wir
voneinander?**

15.00 **Die Rolle des alten Menschen in unserer Gesell-
schaft; Welche Aspekte sind typisch für die Heimsi-
tuation?**

19.15 **Meditation**

" Die mit * gekennzeichneten Lerneinheiten wurden vom Autor geleitet

Freitag, 16. Okt. 1979

- 9.15* Zusammenfassung der wichtigsten Arbeitsergebnisse der Woche; Planung der Themen für die nächsten Studientagungen
- 15.00* Abschlusßdiskussion der ersten Seminarwoche
- 16.30 Ende der Tagung

- - - - -

4400 Münster, November 1979

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit laden wir Sie herzlich ein zu der zweiten Studienwoche unseres Seminares:

Die Sorge um den alten Menschen II

10. - 14. Dezember 1979

PROGRAMM

Montag, 10. Dez. 1979

- 10.15* **Psychologische Betreuung**; Einstellung und Verhalten in verschiedenen Situationen des beruflichen Alltags
- 15.00* **Alternspsychologie**; psychologische Veränderungen und Belastungssituationen im Alter
- 19.30 Gemütliches Beisammensein im "PÜTT"

Dienstag, 11. Dez. 1979

- 9.15* **Aspekte der Beziehung** zwischen Bewohnern und Betreuern; Grundlagen eines helfenden Gespräches
- 15.00* **Übungen** zur differenzierten Wahrnehmung der Gefühle des alten Menschen
- 19.30 Spielfilm: "Lina Braake"

Mittwoch, 12. Dez. 1979

- 9.15* **Übungen** zum helfenden Verhalten
- 15.00* Stadtrundfahrt mit Besichtigung der Sozialstation Münster-Stadtmitte

Donnerstag, 13. Dez. 1979

- 9.15* **Notsignale** des alten Menschen
- 15.00 **Altersmedizin**
- 19.30 Meditation

Freitag, 14. Dez. 1979

- 9.15* **Zusammenfassende Wiederholung** und Vertiefung von Einzelfragen
- 14.00* **Abschlußdiskussion** und Beurteilung der Lernergebnisse der Woche
- 15.30 Ende der Tagung

- - - - -

4400 Münster, Januar 1980

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit laden wir Sie herzlich ein zu der dritten Studienwoche unseres Seminares:

Die Sorge um den alten Menschen III

21. - 25. Januar 1980

PROGRAMM

Montag, 21. Januar 1980

- 10.00* **Begrüßung**; Vorstellung des Programms
- 10.15* **Erfahrungsaustausch** über Änderungsversuche; Fortbildung als Prozeß ständiger Selbstkontrolle
- 15.00 **Das Heimgesetz** und seine Bedeutung für Bewohner, Personal und Heimleitung

Dienstag, 22. Jan. 1980

- 9.15* **Sterbebegleitung** Möglichkeiten und Voraussetzungen psychologischer Hilfe
- 15.00 **Das religiöse Gespräch** mit Leidenden und Sterbenden ab
- 19.30 Gemütliches Beisammensein

Mittwoch, 23. Jan. 1980

- 9.15* **Sterben als Verlust**; Erlebnisse von Sterbenden und Helfern
- 15.00 **Kreatives Tun** im Alter - Scherenschnitte
- 19.00 Film: "Noch 16 Tage"

Donnerstag, 24. Jan. 1980

- 9.15* **Gespräche mit Sterbenden und Angehörigen**
- 15.00* **Notsignale** des alten Menschen I; Einführung; Hinweise zum Umgang mit einsamen, selbstunsicheren, depressiven und selbstmordgefährdeten Bewohnern

Freitag, 25. Jan. 1980

- 9.15* **Zusammenfassende Wiederholung** und Vertiefung von Einzelfragen
- 13.15 **Abschlußdiskussion** und Beurteilung der Lernergebnisse der Woche
- 15.00 Ende der Tagung

- - - - -

4400 Münster, Februar 1980

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit laden wir Sie herzlich ein zu der vierten Studienwoche unseres Seminares:

Die Sorge um den alten Menschen IV

10. - 13. März 1980

PROGRAMM

Montag, 10. März 1980

- 10.00* Begrüßung und Vorstellen des Programms
- 10.15 **Aspekte einer Spiritualität** für Mitarbeiter in einem christlichen Altenheim
- 15.00* **Wiederholung** und Fragen zu den bisherigen Studienwochen

Dienstag, 11. März 1980

- 9.15* **Notsignale** des alten Menschen II; betreuungsbedürftige Probleme
- 15.00* **Konflikte und Konfliktlösung im Team**; Übungen zur Entscheidungsfähigkeit

Mittwoch, 12. März 1980

- 8.00* **Kolloquium** zum Gesamt-Seminar
- 15.00 **Bundessozialhilfegesetz** und Altenheim

Donnerstag, 13. März 1980

- 9.00* **Exkursion**; Besichtigung eines Altenwohnheimes in Oldenzaal/Niederlande; anschließend Besprechung
- 15.00 Ende der Tagung

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit laden wir Sie herzlich ein zu unserem Seminar:

Die Sorge um den alten Menschen V

2. - 4. Mai 1980

PROGRAMM

Freitag, 2. Mai 1980

17.30* **Erfahrungsaustausch** der Teilnehmer
19.15* Orientierungshilfen für die weitere Arbeit
ab
21.00 Gemütliches Beisammensein

Samstag, 3. Mai 1980

9.15* **Notsignale** des alten Menschen III
15.00 Kreative Spiele für ältere Menschen

Sonntag, 4. Mai 1980

9.15* Wie kann ich meine Seminarerfahrungen weitergeben?
12.00 Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen
13.30* Abschließende Einschätzung des Gesamtseminars
15.00 Ende der Tagung

A 1.1.2 Überblick: Thematische Gliederung nach Bereichen*

PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG

Beobachtungs- und Urteilsprozesse

- Selbstverständnis
- Selbstbild - Fremdbild
- "verhaltensorientiert - nicht verhaltensorientiert"
- Selbstkontrolle

Gesprächsführung

- Rahmen und Stufen psychologischer Betreuung
- Beziehungen zwischen Bewohnern und Mitarbeitern
- zugehende Hilfe
- personenzentrierte Gesprächsführung
(Problemlösen, Selbstauseinandersetzung, Ansprechen von Gefühlen, Echtsein, Akzeptieren)

Notsignale des alten Menschen

- Verhaltenstheorie
- Problembereiche / Betreuungsbedürftigkeit
- diagnostischer und betreuender Urteilsprozeß
- Normalität - Krankheit
- gesundheitspolitische Aspekte

Sterbebegleitung

- Überblick
- Euthanasie als Entscheidungsproblem
- Vorsorge - akute Hilfe - Nachsorge
- Phasen des Sterbeprozesses

Teamarbeit

- Konflikte und Konfliktlösung
- Selbstregulation
- Weitergabe von Erfahrungen

Wiederholung / Anwendbarkeit / Rückmeldung

Altersmedizin

Kreativität, Scherenschnitte / Spiele

Recht, BSHG - Heimgesetz - Menschenrechte

Themen mit religiösem Schwerpunkt

- Spiritualität
- religiöse Aspekte bei der Sterbebegleitung
- christliches Menschenbild

Soziologie, Soziale Beziehungen und die Rolle des alten Menschen

Exkursionen: Besichtigung von zwei Altenpflegeeinrichtungen und einer Sozialstation.

*Dieser Überblick diente als Grundlage zur abschließenden Gesamtbewertung des Seminares

A 1.1.3 Überblick: Thematische Gliederung nach tatsächlich durchgeführten Lerneinheiten (LE)*

Die Übersicht skizziert in Stichworten einige wichtige Gesprächsthemen. Die genaueren Themenbezeichnungen sind den einzelnen Wochenprogrammen zu entnehmen.

1. Lernabschnitt: Woche vom 15. - 19.10.1979

- LE 1: Begrüßung; Beantwortung des Fragebogens
- LE 2: Kennenlernen der gegenseitigen Erwartungen; Selbstverständnis; Einfluß des Fremdbildes auf das Selbstbild; Einschätzung des Selbstgefühls der Bewohner;
- LE 3: Wiederholung vom Vortag; Zusammentragen der Ergebnisse; Einführung in das Prinzip der Verhaltenstheorie; "Wie sehe ich als Mitarbeiter den Bewohner?" und Beantwortung der Fragen;
- LE 4: Menschenrechte und christliches Menschenbild
- LE 5: Besichtigung des Altenheimes in B.
- LE 6: Diskussion über B.; Hierarchie; Grundlagen des diagnostischen Urteilsprozesses; systematische Verhaltensbeobachtung; Aspekt der Selbsterfahrung;
- LE 7: Soziale Beziehungen im Altenheim
- LE 8: Die Rolle des alten Menschen in der Gesellschaft, die besondere Stellung der Frau; Bilder vom Alter;
- LE 9: Zusammenfassende Wiederholung und Vertiefung
- LE 10: Beurteilung der Woche; Rückmeldung;

2. Lernabschnitt: Woche vom 10. - 14.12.1979

- LE 11: Der Rahmen für eine psychologische Betreuung
- LE 12: Stufen psychologischer Betreuung; Alternpsychologie
- LE 13: Aspekte der Beziehung zwischen Bewohnern und Pflegern; Selbsterfahrung;
- LE 14: Problemlöseschema; Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung; (Selbsterfahrung);
- LE 15: Selbstauseinandersetzung; Selbsterfahrung; Skala und Beispiele zur Beobachtung des Gesprächspartners
- LE 16: Stadtrundgang; Sozialstation
- LE 17: Einführendes Verstehen - Ansprechen von Gefühlen (Skala und Beispiele zum Helferverhalten); Paargespräche;

* Diese einzelnen Überblicke wurden im Rahmen der zusammenfassenden Wiederholungen gemeinsam erarbeitet und dienten als Grundlage der Einschätzung der Relevanz einzelner Lerneinheiten und Lernabschnitte

LE 18: Altersmedizin; (auch: Euthanasie; Psychiatrie)

LE 19: Zusammenfassende Wiederholung und Vertiefung

LE 20: Beurteilung der Woche; Rückmeldung;

3. Lernabschnitt: Woche vom 21. - 25.01.1980

LE 21: eigene Veränderungsinitiativen und wodurch sie entstehen; Selbstkontrolle als Voraussetzung für angemessene Hilfe zur Selbsthilfe; Überforderung - Unterforderung;

LE 22: Heimgesetz

LE 23: Sterbebegleitung: Überblick; Das eigene Sterben: Wünsche und Vorstellungen; Zuhören können;

LE 24: religiöses Gespräch; Sinn des Lebens; Glaubensfragen;

LE 25: Leben nach dem Tod; aktives Zuhören - sich einlassen; Schema: psychologische Hilfen bei der Sterbebegleitung; Vorsorge - akute Hilfe - Nachsorge;

LE 26: Scherenschnitte

LE 27: Phasen des Sterbens; Verhaltensübungen; Euthanasie;

LE 28: Notsignale - Einführung; diagnostisches Vorurteil; depressives Verhalten; Selbstmordgefährdung;

LE 29: Zusammenfassende Wiederholung und Vertiefung

LE 30: Beurteilung der Woche; Rückmeldung;

4. Lernabschnitt: Woche vom 10. - 13.03.1980

LE 31: Spiritualität; christlicher Sinn des Alterns; Hilfsmöglichkeiten des Mitarbeiters

LE 32: Wiederholung: Anwendbarkeit; Selbstbild - Fremdbild; "Verhaltensorientiert - nicht verhaltensorientiert

LE 33: Notsignale II: weitere Kriterien für Normalität; Selbstregulation

LE 34: Konflikte und Konfliktlösung im Team: Konfliktformen; Kooperation - Konkurrenz - Lösungsmöglichkeiten - Selbsterfahrung;

LE 35: Kolloquium

LE 36: BSHG - Taschengeld; einmalige Leistungen beantragen; Erbschafts- und Vermögensfragen

LE 37: Besichtigung in O./NL.

5. Lernabschnitt: Wochenende vom 02. - 04.05.1980

LE 38: Notsignale III; Verhaltenstheorie; Phobien
(Ängste) und Zwangsverhalten; Desorientierung; ge-
sundheitspolitische Aspekte; Pflegebericht

LE 39: Kreativität - Spiele

LE 40: Weitergeben von Erfahrungen; Leitfaden zur Grup-
penarbeit

A 1.2 KONTROLLGRUPPE I

A 1.2.1 Seminarprogramme

Der Mensch im Alter - Selbst- und Fremdverständnis eines Lebensabschnittes /15.-19.10.1979

Programm der ersten Woche

Montag, 15.10.1979

15.00 Begrüßung - Einführung in das Seminar - Kommunikation: ihre Bedeutung für den Menschen in seinem sozialen Umfeld

19.30 Xanten - eine Stadt am Niederrhein in Geschichte bis und Gegenwart
21.00

Dienstag, 16.10.1979

9.00 Soziale Einrichtungen für den alten Menschen - Antwort gesellschaftlicher Kräfte auf einen Lebensabschnitt?

15.00 Lernen - eine Erwartung an Erwachsene

17.00 Erwachsene lernen - individuelle Lerntechniken, Sozialformen des Lernens und Methoden in der Erwachsenenbildung - eine Einführung

Mittwoch, 17.10.1979

9.00 Das christliche Menschenbild - Einführung und Erarbeitung von Fragestellungen im Blick auf den alten Menschen

11.00 Alttestamentliche Texte als Grundlage des christlichen Menschenbildes - Einführung und Gruppenarbeit

15.00 Vorstellung und Erörterung der Ergebnisse der Gruppenarbeit

17.00 Schwerpunkte des christlichen Menschenbildes im Blick auf die gegenwärtige gesellschaftliche Situation
17.45

Donnerstag, 18.10.1979

9.00 Die Entwicklung des Menschen zur sozialen Persönlichkeit - Zum Beispiel Herta B. - 80 Jahre alt

11.00 Die Sozialwerdung des Menschen - Analyse und Bewertung von sozialen Lerngeschichten

17.00 Vorstellung, Erörterung und Zusammenfassung der Ergebnisse

Freitag, 19.10.1979

9.00 Der alte Mensch in Gesellschaft - Sichtweisen und

Bewertungen des alten Menschen in Geschichte und Gegenwart

- 12.00 Kritischer Rückblick auf die Studienwoche
- 13.00 Ende der Studienwoche

Der alte Mensch - seine Beziehungen und Probleme im sozialen Umfeld / 12.-16.11.1979

Programm der zweiten Woche

Montag, 12.11.1979

- 15.00 Begrüßung - Einführung in die Studienwoche
- 15.45 Das Bild des alten Menschen in der Kunst
- 19.30 Der alte Mensch im Spiegel der Literatur bis 21.00

Dienstag, 13.11.1979

- 9.00 Individuum, Gruppe, Rolle - ihre Bedeutung für die Situation des alten Menschen
- 15.00 Altern, Alter - Aspekte zu psychischen Veränderungen im Alter

Mittwoch, 14.11.1979

- 9.00 Das Altenheim und seine Bewohner
- 15.00 Der St. Viktor-Dom Xanten in Geschichte und Gegenwart - Vortrag mit anschließender Führung durch den Dom
- 17.00 Die mittelalterliche Stadt Xanten

Donnerstag, 15.11.1979

- 9.00 Zur Funktion des Gesprächs als soziale Kommunikation
- 15.00 Fortsetzung

Freitag, 16.11.1979

- 9.00 Die Beziehung zum alten Menschen - Aspekte zu helfender Beziehung
- 12.00 Abschlußgespräch
- 13.00 Ende der Studienwoche

Die Sorge um den älteren Mitbürger -
der alte Mensch im Spiegel rechtlicher Disziplinen /
11.-15.02.1980 / Programm der dritten Woche

Montag, 11.02.1980

15.00 Begrüßung - Einführung in die Studientagung -
Rechtsfragen des alten Menschen - welche Antworten
gibt das Bürgerliche Gesetzbuch?

19.30 Unruhestand - Bewußt älter werden/Aktiv im Alter -
bis Ein Projekt im Medienverbund
21.00

Dienstag, 12.02.1980

9.00 Der alte Mensch im Heim - das Heimgesetz - ein Bei-
trag zur Regelung von Beziehungen zwischen
Bewohnern und Personal?
15.00 Fortsetzung

Mittwoch, 13.02.1980

9.00 Der alte Mensch und Freizeit - Möglichkeiten der Ak-
tivierung durch sinnvolle, angemessene Beschäfti-
gung und Aufgabenstellung
15.00 Die Sorge um den alten Menschen in besonderer Le-
benssituation - Psychosomatische Probleme in der Ge-
riatrie

Donnerstag, 14.02.1980

9.00 Gesetze und Ordnungen am Arbeitsplatz - Förderung
oder Behinderung?
15.00 Das Bundessozialhilfegesetz - seine Hilfen und
seine besondere Bedeutung für den alten Menschen im
Heim

Freitag, 15.02.1980

9.00 Sozial- und Rentenversicherung - ihre Bedeutung als
soziale Sicherung für den alten Menschen
13.00 Ende der Studientagung

Der alte Mensch und seine religiösen Fragen und Beziehun-
gen / 24.-28.03.1980 / Programm der vierten Woche

Montag, 24.03.1980

15.00 Der Mensch im Alter - Zur Bedeutung des Religiösen
für diesen Lebensabschnitt
17.00 Religiöse Fragen der alten Menschen - ein besonde-
rer Stellenwert als in anderen Lebensphasen des Men-
schen?
19.30 Fortsetzung
bis 21.00

Dienstag, 25.03.1980

- 9.00 Alter - letzte Lebensphase - warten worauf?
- 15.00 Sterbebegleitung - Problem, Inhalt, Ziel und Aufgaben
- 19.30 Johann Sebastian Bach - Die Johannespassion - Rollensprache - Meditation - Hören des musikalischen
- 21.00 Werkes, Teil I; Beziehungen des alten Menschen zu geistlicher Musik?

Mittwoch, 26.03.1980

- 9.00 Geriatriische Probleme des Alters - Die Situation alter Menschen in einem Landeskrankenhaus
- 15.00 Probleme menschl. verantwortbaren therapeutischen Wirkens in einem Landeskrankenhaus
- 19.30 siehe 25.03.80 (Johannespassion, Teil II)
- bis Beziehungen des alten Menschen zu geistl. Musik?
- 21.00

Donnerstag, 27.03.1980

- 9.00 Beziehungsstrukturen des alten Menschen
- 15.00 Das Bild des Menschen im Neuen Testament - Hoffnung für den alten Menschen - Herausforderung für den Mitarbeiter
- 19.30 siehe 25.03.80 (Johannespassion, Teil III)
- bis Beziehungen des alten Menschen zu geistl. Musik?
- 21.00

Freitag, 28.03.1980

- 9.00 Der alte Mensch und die Geschichte - Bedeutung von musealen Einrichtungen - Einrichtungen für den alten Menschen
- 10.30 Der alte Mensch - seine religiösen Fragen und Beziehungen - Kritischer Rückblick und Versuch von Übertragung auf Alltagssituationen
- 13.00 Ende der Tagung

A 1.2.2 Überblick: Gliederung der tatsächlich behandelten Themen in
Stichworten (Kontrollgruppe I)*

-
1. Woche: SELBST- UND FREMDVERSTÄNDNIS
 - Bedeutung der Kommunikation; Einrichtungen für den alten Menschen; Lerntechniken;
 - Diavortrag: Xanten
 - Christliches Menschenbild; Altes Testament und gesellschaftliche Situation
 - Persönlichkeitsentwicklung - soziale Lerngeschichte; Der alte Mensch früher und heute; gesellschaftliche Aspekte;
 2. Woche: BEZIEHUNGEN UND SOZIALES UMFELD
 - Der alte Mensch in der Kunst
 - Der alte Mensch in der Literatur
 - Individuum - Gruppe - Gesellschaft
 - Das Altenheim und seine Bewohner
 - Altern, Alter - psychische Veränderungen im Alter; Gesprächsführung; psychosoziale Diagnose
 - Aspekte der helfenden Beziehung
 3. Woche: RECHT
 - BGB-Rechtsfragen
 - "Unruhestand"
 - Heimgesetz
 - Freizeit / Aktivierung / Beschäftigung / Kreativität
 - Psychosomatik in der Geriatrie
 - Gesetze und Ordnungen am Arbeitsplatz
 - BSHG
 - Sozial- und Rentenversicherung
 4. Woche: RELIGIÖSITÄT
 - Religiosität im Alter
 - Alter - warten worauf?
 - Sterbebegleitung
 - J.S. Bach: Johannespassion I, II, III
 - Geriatrie im LKH: Situation und Therapie
 - Nikolai-Kirche, Kalkar; sakrale Kunst
 - Beziehungsstrukturen des alten Menschen
 - Der alte Mensch - Neues Testament
 - Der alte Mensch - Geschichte / Museum
 - Der alte Mensch - religiöse Fragen und Beziehungen

* Dieser Überblick diene als Grundlage zur abschließenden Gesamtbewertung

A 2 DIDAKTISCHES MATERIAL*

(AUSWAHL)

* Alle auf den folgenden 106 Seiten dargestellten Lernmaterialien wurden, wenn nicht gesondert angegeben, vom Autor für dieses Lernprogramm entwickelt bzw. zusammengestellt.

A 2.1 MATERIAL ZU LERNABSCHNITT 1

A 2.1.1 Die Wahrnehmung von Gefühlen des Bewohners

Wie fühlt sich ein alter Mensch im Altenheim?

Versuchen Sie, sich in seine innere Welt zu versetzen.

Erspüren Sie seine Empfindungen und Gefühle und charakterisieren Sie bitte an Hand der folgenden Liste mit einem Kreuz (x). Bei der 1. Frage bedeutet eine angekreuzte 1 also: Ja, der Bewohner fühlt sich im allgemeinen unterlegen, eine 5 dagegen bedeutet: Ja, der Bewohner fühlt sich im allgemeinen gleichberechtigt.

Fallen Ihnen noch andere Empfindungen ein?

Dann erweitern Sie die Liste mit Begriffen, die die Gefühlswelt des alten Menschen möglichst genau beschreiben.

Versuchen Sie bitte im Anschluß, die nachstehenden Fragen zu beantworten und diskutieren Sie diese in der Kleingruppe!

Fortsetzung

Die Wahrnehmung von Gefühlen des Bewohners

<u>Der Bewohner fühlt sich häufig:</u>						
unterlegen	1	2	3	4	5	gleichberechtigt
einsam	1	2	3	4	5	geborgen
abhängig, unter Fremdkontrolle	1	2	3	4	5	selbständig, eigenständig
traurig	1	2	3	4	5	lebensfroh
fordernd	1	2	3	4	5	zurückhaltend, genügsam
ausgeliefert, hilflos	1	2	3	4	5	selbstbestimmend
unzufrieden	1	2	3	4	5	zufrieden
passiv	1	2	3	4	5	selbständig, aktiv
als Kind behandelt, verniedlicht	1	2	3	4	5	als aner kennenswerter Erwachsener
kritisiert	1	2	3	4	5	angenommen
nicht ernst genommen	1	2	3	4	5	würdevoll
nutzlos	1	2	3	4	5	gebraucht, sinnvoll
abgestumpft, un- offen für Neues	1	2	3	4	5	unternehmungslustig, traut sich etwas zu
ängstlich	1	2	3	4	5	mutig
.....	1	2	3	4	5	
.....	1	2	3	4	5	
.....	1	2	3	4	5	
.....	1	2	3	4	5	

1. Wie reagiert der alte Mensch, wenn Sie als Pfleger die Gefühle, die an der linken Seite stehen, nur wenig beachten?

2. Wie reagieren Sie, wenn Ihnen diese Gefühle der alten Menschen bewußt werden?

A 2.1.2. Ergebnisse

Auf die Frage: "Wie reagiert der alte Mensch, wenn Sie als Pfleger die Gefühle, die an der linken Seite stehen, nur wenig beachten?"

antworten Sie: (in Stichworten)

1. Die negativen Gefühle und Eigenschaften werden verstärkt; sie treten häufiger auf.
2. Der alte Mensch reagiert abwartend; er zieht sich (in sich) zurück; er resigniert, wenn er mit seinem Verhalten sein Ziel nicht erreicht; er kapselt sich ab; er wird unoffen und unehrlich; gibt kaum noch Antworten; er verbittert; er verkriecht sich in ein Schneckenhaus;
3. Er verliert das Vertrauen (zu sich selbst und zu anderen); fühlt sich zurückgestoßen; wagt kaum noch, sich zu äußern; fühlt sich allein gelassen, vernachlässigt und abgeschoben; er hätte kein Vertrauen mehr, sich auch mal auszusprechen;
4. Er fühlt sich nicht verstanden; nicht angenommen und nicht ernst genommen; nicht geachtet; er fühlt sich nicht mehr heimisch;
5. Er fühlt sich einsam, isoliert; er gibt sich selbst auf; hat dann nur noch wenig Lebensmut; er verliert an Kontakten (mit der Umwelt; mit anderen Personen); er fühlt sich wie in einer fremden Welt; er verliert an Persönlichkeit;
6. Er bekommt Schuldgefühle; fühlt sich wertlos; fühlt sich nutzlos;
7. er wird depressiv; niedergeschlagen; traurig und am Ende krank; er stumpft ab, wird apathisch; er wird passiv, verliert die Lebensfreude und das Interesse an der Umwelt; sehnt sich nach dem Tod, fühlt sich hilflos, kann sich nicht mehr freuen, nicht mehr lachen;
8. Er fühlt sich in die Enge getrieben; wird unzufrieden; wenn er noch nicht ganz passiv und abgestumpft ist, macht er sich Luft; er geht in eine Abwehrhaltung, wird aggressiv, verhält sich verstockt, fühlt sich bevormundet und beleidigt;
9. Er versucht, das Gegenteil zu beweisen; er fühlt sich schlecht behandelt, wird kritisch; er fühlt sich unterschätzt; er wird unzugänglich; er läßt sich schwer aktivieren;
10. Er glaubt, wir sind schuld an seiner Unzufriedenheit; er fühlt sich immer wieder angegriffen und entmutigt; er wird ungerecht und schimpft weiter; er versucht nicht, mich in meiner Arbeit zu verstehen; er erkennt meine Arbeit nicht an; gibt mir kein Lob; ist zu keiner Zusammenarbeit bereit; er versucht, Mitpatienten für sich, gegen mich zu gewinnen;
11. Er wird lästig, ungenießbar; er wird sich noch weiter in seine Gefühle vertiefen und sie immer wieder vorbringen, bis man's begriffen hat; er macht auf sich aufmerksam durch unnötiges Schellen; Bettnässen;

Beschreibungen und Reaktionen des alten Menschen, die Sie besonders häufig genannt haben, sind unterstrichen.

A 2.1.3. Noch ein Fremdbild: Wie sehe ich als Mitarbeiter den Bewohner?

Die nun folgende Übung stellt Sie vor die Aufgabe, Ihren eigenen Gefühlen gegenüber ehrlich zu sein. Versetzen Sie sich in Ihren Pflegealltag und nehmen Sie sich Zeit, über Ihre Wahrnehmungen nachzudenken. Kreuzen Sie erst an, wenn Sie einigermaßen sicher sind, wie sich die alten Menschen tatsächlich Ihrem Eindruck nach verhalten! Scheuen Sie dabei keine Extreme. Füllen Sie beide Zettel bitte erst allein aus und diskutieren Sie Ihre Antworten dann in der Kleingruppe.

Viele "schwierige" Bewohner verhalten sich mir gegenüber häufig:

verschlossen	1	2	3	4	5	offen
ablehnend	1	2	3	4	5	freudig, zugewandt
knurrig, "biestig"	1	2	3	4	5	aufnahmebereit, "schmiegsam"
verärgert	1	2	3	4	5	verständnisvoll
gehemmt	1	2	3	4	5	spontan
"hinterhältig"	1	2	3	4	5	gerade heraus, offen
ängstlich	1	2	3	4	5	mutig
verwirrt	1	2	3	4	5	klar
unehrlich	1	2	3	4	5	aufrichtig
wehleidig	1	2	3	4	5	tapfer
zänkisch	1	2	3	4	5	friedfertig
launisch	1	2	3	4	5	ausgeglichener
stur	1	2	3	4	5	freundlich
depressiv, niedergeschlagen	1	2	3	4	5	munter, lebendig
desinteressiert	1	2	3	4	5	interessiert
anklagend vorwurfsvoll	1	2	3	4	5	aner kennend, billigend
aufgewühlt	1	2	3	4	5	gelassen
.....	1	2	3	4	5	
.....	1	2	3	4	5	

Fortsetzung: Noch ein Fremdbild ...

1. Welche Bewohner empfinden Sie als angenehm?
Wie muß ein alter Mensch im Heim sich verhalten, damit Sie selbst bei Ihrer Arbeit Befriedigung erfahren und Spaß daran haben?

2. Überlegen Sie, in welchen Situationen Sie dem alten Menschen am häufigsten Aufmerksamkeit schenken!

3. Wann geben Sie ihm ihre intensivste Aufmerksamkeit?

4. Charakterisieren Sie Ihre Eindrücke von speziell diesen Bewohnern mit Ihren eigenen Worten.

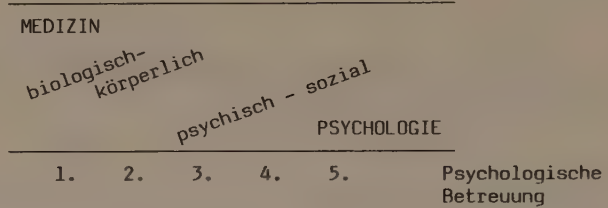
Wenn Sie im folgenden in der Kleingruppe diskutieren, sprechen Sie bitte vor allem von sich selbst und Ihrem Verhalten. Also: "Ich ..." statt: "Man ...".

A 2.2. ZU LERNABSCHNITT 2

A 2.2.1. Stufen psychologischer Betreuung

Folgende Stufen sollen verdeutlichen, welche Kommunikationsmerkmale im Kontakt mit dem Bewohner im Vordergrund stehen können.

körperlich
orientierte
Pflege



1. Stufe: PFLEGEN "OHNE MITTEILUNGEN"

(Pflegerische Ausschließlichkeit, z.B. durch Handeln ohne Sprechen, Verlassen des Zimmers direkt nach Abschluß der Pflegehandlung usw.)

2. Stufe: PFLEGEABHÄNGIGE MITTEILUNGEN

Sprechen über Pflegehandlungen (z.B. Frage nach Schmerzen, der Temperatur des Wassers, der Medikamenteneinnahme usw.)

3. Stufe: PFLEGEERLEICHTERENDE MITTEILUNGEN

z.B. durch Ablenkung, Sprechen über Unwichtigeres, Unterbrechung der Kontaktaufnahme des Bewohners durch die Pflegehandlung, Nicht-Eingehen auf indirekte oder direkte Klagen, die mit der Pflege zusammenhängen usw.

4. Stufe: GEWÄHRENLASSENDE MITTEILUNGEN

Nur soweit über Dinge sprechen, wie der Bewohner von sich aus darüber spricht; vordringliche Bestrebung, Störungen zu beheben.

5. Stufe: ZUGEHENDE UND WEITERFÜHRENDE MITTEILUNGEN

Aufgreifen von Bedürfnissen und Impulsen des Bewohners im persönlichen Gespräch; Weiterführen und Unterstützen von Handlungsabsichten; vertiefendes Gespräch über die Gefühle, Verhaltensweisen, Gedanken, Erlebnisverarbeitung des Bewohners.

A 2.2.2 Einführung in eine Form helfender Gesprächsführung*

I. Die personenzentrierte Gesprächsführung

wurde 1942 von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers begründet und erbrachte seither in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen den Nachweis ihrer Wirksamkeit. In Deutschland wurde diese Form der Gesprächsführung im Rahmen der Gesprächspsychotherapie durch R. Tausch bekannt.

Der folgende Überblick enthält darüberhinaus Neuerungen, die sowohl die Situation alter Menschen im Heim als auch die Situation der betreuenden Pflegekräfte berücksichtigen.

Bei dieser Gesprächsart steht der Gesprächspartner im Mittelpunkt der Gesprächsführung, d.h. die betreuenden Pfleger(innen) bemühen sich, die Initiative und eigene Aktivität des alten Menschen zu fördern. Fördern können sie die Aktivität des alten Menschen nicht nur im alltäglichen Umgang mit ihm. Auch im intensiveren Gespräch können Sie ihm dazu verhelfen, daß er einige seiner Probleme besser erkennt oder vielleicht sogar von sich aus zu lösen versucht. Dies geschieht u.a. dadurch, daß sie den Bewohner als selbständige Person akzeptieren und ein möglichst geringes Abhängigkeitsverhältnis anstreben.

Die betreuende Pflegerin versucht, eine möglichst angstfreie Atmosphäre in ihren Kontakten und insbesondere den Gesprächen zu schaffen. Nur dann, wenn sich ein Klima des Vertrauens herstellen läßt, kann die betreuende Person die Probleme des alten Menschen aufgreifen und mit ihm darüber sprechen. Das Gespräch konzentriert sich dabei auf die Schwierigkeiten, über die der Bewohner in seiner augenblicklichen seelischen Verfassung sprechen kann. Im Vordergrund stehen in einem solchen helfenden Gespräch die Gefühle und Empfindungen, die der anderen Person im Moment wichtig sind. Wesentliches Ziel einer solchen Betreuung ist es, dem alten Menschen eine Klärung seiner eigenen Gefühle, Wünsche und Wertvorstellungen zu ermöglichen. Der oder die Pfleger(in) wird diesen Betreuungsprozeß nicht durch Nachfragen, Interpretationen oder Ratschläge aus ihrer eigenen Sicht stören.

- II. Während des Gesprächs wird ein Vorgang des Lernens angestrebt, in dem sich der alte Mensch, so weit es ihm möglich ist, mit seinen erlebnis- und verhaltensmäßigen Schwierigkeiten auseinandersetzt. Dadurch kann er neue Einstellungen, Erlebnis- und Verhaltensweisen erwerben. Eine grundlegendere Persönlichkeitsänderung, so wie dieses bei jüngeren Klienten innerhalb der Gesprächspsychotherapie angestrebt wird, kann beim alten Menschen nicht erwartet werden. Es kann also "nur" darum gehen, dem alten Menschen das Gefühl des Angenommenseins und der Geborgenheit zu vermitteln. In besonderen Gesprächssituationen können Sie ihm darüberhinaus Anstöße geben, seine Lebenssituation besser zu bewältigen. Ein solcher Lernprozeß wird ermöglicht durch eine Zahl von therapeutischen Bedingungen

* Vom Autor in Anlehnung an ein unveröffentlichtes Manuskript der Telefonseelsorge Münster, für dieses Lernprogramm entwickelt

(s. Punkt IV), die der alte Mensch in seinen meist wenigen übrigen Kontakten nicht oder nur in unzureichendem Maße antrifft.

Die Probleme der alten Menschen sind nicht nur solche, die mit der körperlichen Pflege (Grundpflege) zusammenhängen. Psychologische Betreuung ist notwendig bei sozialen Ängsten und Hemmungen, Problemen der Selbstverwirklichung und der sozialen Durchsetzung (was sich auch gegen die Aufgaben des Betreuers richten kann), Probleme der Bewältigung der neuen Heimsituation, der Auseinandersetzung mit ungewohnten Menschen und Regeln, bei der Auseinandersetzung mit körperlichen Gebrechen und dem Tod, Verlustgefühlen, Einsamkeit und Schuldgefühlen, Problemen der Zufriedenheit, depressiven Verstimmungen, Problemen aus dem Familienleben oder dem Heimalltag. Psychologische Betreuung ist darüberhinaus erforderlich bei Angstzuständen, Wahnvorstellungen, Zwängen und 'Tics' sowie bei körperlichen Erkrankungen, die mit psychischen Bedingungen zusammenhängen. Solche sogenannten psychosomatischen Krankheiten sind z.B. Kreislaufstörungen, Herzbeschwerden usw. (siehe dazu den Katalog "Notsignale des alten Menschen").

Die meisten dieser Probleme sind so mit Ängsten verbunden, daß der alte Mensch mit vielen alltäglichen Situationen nicht mehr zurechtkommt und in seinem Verhalten und Erleben erheblich eingeschränkt ist. Zusätzlich erschwerend ist die Angst vor jeglicher Veränderung der inneren und äußeren Lage, die ihn häufig daran hindert, von alleine neue Wege der Problembewältigung einzuschlagen.

Solche Ausgangsbedingungen erfordern eine besondere Art der Gesprächsführung seitens der betreuenden Pflegepersonen. Gegebenenfalls sollte weiteres Fachpersonal hinzugezogen werden (Psychologen und Ärzte mit psychotherapeutischer Qualifikation). Am einfachsten läßt sich zunächst sagen, was in der Regel langfristig nicht helfen wird (vgl. auch: "Die Laster der Gesprächsführung"):

- eine nur verstandesmäßige Erklärung (Beratung/Ratschläge) über Entstehung und Ursachen der gefühlsmäßigen Schwierigkeiten bewirkt keine Veränderung, weil die Bewohner oftmals verstandesmäßige Einsichten haben, aber dennoch gefühlsmäßig nicht zu einer Klärung in der Lage sind.
- Eine Konfrontation oder ein gewaltsames Sich-Zwingen, wie es in der abendländischen Kultur als ideal angesehen wird, ist im allgemeinen nicht hilfreich, weil es die Ängste des alten Menschen vermehrt und die gefühlsmäßige Lösung verhindert (blockiert).
- Bagatellisierungen und Hinweise auf eigene Erfahrungen des Betreuers sind in den meisten Fällen nur kurzfristige Erleichterungen, die keine haltbaren Änderungen bewirken.

- Bewertungen - vor allem negativer Art - erregen im alten Menschen Angst und bringen ihn in ein Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegepersonal, was der erwünschten Selbständigkeit entgegensteht.
- Die einfache Instruktion oder Anweisung zur Bewältigung von angstverbundenen Situationen führt selten zu dauerhaften Lösungen, da dem alten Menschen einmal seine gefühlsmäßige Lage nicht ausreichend klar wird, der alte Mensch zum anderen auch oft überfordert ist, diese Instruktionen zu befolgen.

Aus dieser Diskussion können einige positive Prinzipien der Gesprächsführung formuliert werden, die für die Bewältigung gefühlsmäßiger Schwierigkeiten erforderlich sind.

1. Die Gesprächsatmosphäre soll für den alten Menschen angstfrei sein. Schwierige Aufgaben werden im allgemeinen unter belastenden Bedingungen (z.B. Streß oder auch Anwesenheit eines nicht vertrauten Mitbewohners) schlecht oder gar nicht gelöst: Das Gespräch sollte als Wichtigstes getragen sein von dem Bemühen, dem alten Menschen Verständnis und Vertrauen zu schenken.

Der Betreuer darf daher den alten Menschen in keiner Weise "angreifen", d.h. ihn durch unerwartete Deutungen schockieren oder dem Bewohner zu verstehen geben, daß er mit seiner Sichtweise unrecht hat. Wer sich unverstanden fühlt, verschließt sich oder wird sich gar nicht erst anvertrauen.

2. Der Schwerpunkt des Gespräches wird sinnvollerweise auf der Klärung der gegenwärtig von dem alten Menschen empfundenen Gefühle liegen. Nur durch das Abwägen dieser seiner grundlegenden Empfindungen und Wünsche kann der alte Mensch dazu gelangen, innere Konflikte oder äußere Sachverhalte in für ihn angemessener Weise zu lösen.
3. Der Bewohner muß den Inhalt des Gesprächs weitgehend selbst bestimmen und sollte selbst aktiv den Weg zur Lösung seiner Schwierigkeiten einschlagen. Nur so kann er die ihm gemäße Lösung finden, die eine lange Wirkungsdauer garantiert.
4. Die Annäherung an die Probleme und Lösungsmöglichkeiten des alten Menschen sollte in "kleinen Schritten" erfolgen und eine

Konfrontation mit zu großen, im Augenblick nicht zu bewältigenden Schwierigkeiten vermeiden.

III. Ziele des therapeutischen Gesprächs

Wie in der ersten Seminarwoche schon häufiger angesprochen wurde, ist eine psychologische Betreuung des alten Menschen im Heim häufig genauso wichtig oder zeitweise noch vordringlicher als die medizinische oder rein pflegerische Behandlung. Mithin haben alle Kontakte mit dem alten Menschen und besonders Gespräche "unter vier Augen" - auch wenn sie nur kurz sind - therapeutische Bedeutung.

Die Ziele der psychologischen Betreuung sind selbstverständlich in erster Linie von der Person und Situation des alten Menschen und seinen Schwierigkeiten abhängig. Es gelten jedoch für den in seinem Erleben gestörten alten Menschen einige allgemeine Fernziele:

1. Verstärkte Akzeptierung der eigenen Person und der eigenen Schwächen.
2. Größere gefühlsmäßige Sicherheit, Zufriedenheit, Ausgeglichenheit, Entspannung.
3. Größere innere Freiheit.
4. Weniger Ängste.
5. Verstärkte Selbständigkeit, Unabhängigkeit und Initiative (so weit diese Ziele nicht durch körperliche Beeinträchtigungen erheblich eingeschränkt sind); auf psychologischer Ebene jedoch eine "innere" Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie eine kritischere Haltung.
6. Größere Fähigkeit und Bereitschaft zu sozialen Beziehungen.
7. Größere Flexibilität im Denken und Verhalten.

Diese Betreuungsziele werden kaum in einem Einzelfall sämtlich richtig und auch zu erreichen sein. Häufig wird es sogar "lediglich" darum gehen, "durch besondere Zuwendung" zu verhindern, daß die Probleme noch größer werden. Es scheint jedoch verständlich, daß der alte Mensch diesen Zielen näher kommt, wenn er im Gespräch seine eigenen Gefühle klärt und eine differenzierte, d.h. genauer unterscheidendere Wahrnehmung der eigenen Erlebnisweisen, der eigenen Einstellungen, Empfindungen und Wünsche erlangt. Die Zentrierung der Gespräche auf diese Gefühle des alten Menschen ist damit die wichtigste Vorbedingung für die erfolgreiche Durchführung eines solchen betreuenden Gesprächs. Gelingt es dem Betreuer, dem alten Menschen einen relativ hohen Grad dieser sogenannten **Selbstauseinandersetzung** zu ermöglichen, ist zu erwarten, daß die Betreuung positive Effekte hat.

IV. Wesentliche Bedingungen der personenzentrierten Gesprächsführung und deren Auswirkungen auf den alten Menschen

Welche Bedingungen muß ein Pfleger oder eine Pflegerin verwirklichen, um dem alten Menschen im Heim durch ein - wenn auch kürzeres Gespräch zu helfen? Aufgrund von umfangreichen wissenschaftlichen Untersuchungen kennen wir einige der wesentlichsten Bedingungen erfolgreicher therapeutischer Gesprächsführung. In diesen Forschungsarbeiten konnten Anhaltspunkte gefunden werden, die sich vor allem auf das Verhalten des Therapeuten beziehen. Einige dieser Aspekte sind auch für die psychologische Betreuung durch die Pflegekräfte grundlegend.

Drei Aspekte des Verhaltens und der Haltung von Helfern lassen sich umschreiben als "Positive Wertschätzung/Achten/gefühlsmäßige Wärme", "Einführendes Verstehen oder Ansprechen von Gefühlen" und "Echtsein - Ohne-Fassade-sein". Diese Aspekte des Verhaltens sind für betreuende Gespräche der beschriebenen Art von grundlegender Bedeutung.

Darüberhinaus sind einige weitere Verhaltensweisen sehr wichtig. Die wesentlichen drei therapeutischen/betreuenden Bedingungen sind:

1. Positive Wertschätzung / Achten / Gefühlsmäßige Wärme des Betreuers für den Gesprächspartner

Mit diesen Aspekten wird die grundlegende, positive Einstellung gegenüber dem alten Menschen bezeichnet: Akzeptieren wir den anderen Menschen wirklich als Menschen von Wert, als jemanden der Selbstwert und Würde besitzt, oder werten wir ihn auf sehr feine Art durch unsere Haltung und durch unser Verhalten ab?

Egal wie sich der Bewohner im Gespräch verhält; diese Prinzipien sollten vom Betreuer nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden also z.B. auch dann nicht, wenn der Bewohner Kritik am Betreuer äußert.

Die Auswirkungen dieser Variable auf den alten Menschen bestehen in einer unmittelbaren Verminderung seiner Ängste und einer größeren Befähigung und Bereitschaft, seine gefühlsmäßigen Schwierigkeiten darzustellen. Der Betreuer wird von dem alten Menschen weniger als belohnende oder bestrafende Kontrollperson erlebt, sondern allgemein als seine Schwierigkeiten akzeptierend und Lösungsansätze ermutigend. Statt Distanz aufzubauen und/oder aufrechtzuerhalten, erzeugt der Betreuer im personenzentrierten Gespräch das Gefühl, angenommen und verstanden zu werden. Es entsteht eine vertrauensvollere Atmosphäre, die es dem alten Menschen eher ermöglicht, sich zu öffnen und sich verletzlich zu zeigen. Diese positive Haltung des Betreuers wirkt sich zum einen angstvermindernd aus und zum anderen stellt sie für den alten Menschen eine persönliche Bestätigung und Anerkennung als wertvoller Mensch dar.

2. Einführendes Verstehen oder Ansprechen von Gefühlen des alten Menschen

Der Betreuer greift die Äußerungen des alten Menschen mit persönlich-gefühlsmäßigen Inhalten auf und gibt sie in eigenen

Worten so wieder, wie er sie verstanden hat, d.h. er spricht die innere Gefühlswelt seines Gegenübers an. Solche persönlich-gefühlsmäßigen Inhalte sind z.B. Empfindungen, Wünsche, Interessen, das Erleben der eigenen Person sowie die Wirkung dieser inneren Gefühle auf andere.

Die Auswirkung dieses Verhaltens auf den alten Menschen besteht in der Konzentrierung des Gespräches auf gefühlsmäßige Gesprächsinhalte, d.h. auf die Gefühle, die der alte Mensch in verschiedenen Situationen hat, und auf die Beziehungen zwischen verschiedenen Gefühlen. Damit wird durch das Ansprechen von Gefühlen unmittelbar die Selbstauseinandersetzung des alten Menschen gefördert, die die Voraussetzung für erwünschte Veränderungen ist.

3. Echtsein - Ohne-Fassade-sein

Der Betreuer verhält sich dem alten Menschen gegenüber aufrichtig und offen, d.h. er versucht nicht, dem alten Menschen gegenüber eine berufliche Rolle einzunehmen und z.B. dem alten Menschen Sympathie zu zeigen, die er nicht für ihn empfindet.

Die Auswirkung dieses Verhaltens ist in engem Zusammenhang mit der Wertschätzung zu sehen: Nur wenn sich der Betreuer echt und offen verhält, kann der alte Mensch sich wirklich von ihm akzeptiert fühlen. Darüberhinaus hat auch die Echtheit des Betreuers einen Modell-Effekt auf den alten Menschen, die es letzterem erleichtert, seinerseits dem Betreuer gegenüber echter, aufrichtiger und offener zu sein.

4. Aktive Anteilnahme

Der Betreuer soll ein aktives Interesse an dem alten Menschen und seinen Problemen haben und versuchen, ihn intensiver zu verstehen, sich in ihn hineinzusetzen und mit hoher innerer Beteiligung an der Lösung anstehender Schwierigkeiten mitzuarbeiten. (Nicht gemeint ist mit dieser Verhaltenscharakterisierung: Dominieren des Betreuers im Gespräch oder Geben von Ratschlägen.)

Die Auswirkung der aktiven Anteilnahme besteht - vor allem im Zusammenhang mit der Wertschätzung und Echtheit des Betreuers - in dem modellhaft engagierten Verhalten des Betreuers, das dem alten Menschen die Bearbeitung seiner Probleme sinnvoll erscheinen läßt.

5. Entspanntes, angstfreies Verhalten

Der Betreuer sollte sich in Gesprächen angstfrei, ruhig und entspannt verhalten, um den alten Menschen selbst zu entspannen. Der Betreuer selbst wirkt dann als Modell für ein entspanntes Problemlöseverhalten und vermindert die Ängste, die bei der Lösung von vielen Schwierigkeiten entstehen.

6. Ermutigung neuer Betrachtungsweisen und Hervorheben der Stärken

Der Betreuer soll den alten Menschen allgemein ermutigen und sein Selbstvertrauen in seine eigenen Lösungen stärken. Er sollte ihm eindeutig beobachtete positive Veränderungen, d.h. Fortschritte im Sinne der Ziele des alten Menschen, mitteilen. Wenn der alte Mensch neue Betrachtungsweisen entwickelt und neue Wege für sich sucht, sollte der Betreuer besonders seine Stärken sehen und diese betonen.

Die Auswirkung dieses Betreuer-Verhaltens besteht in der vermehrten Beschäftigung des alten Menschen mit für ihn neuen Lösungsansätzen. Darüberhinaus gewinnt er bei kleinen und kleinsten Schritten eher das Vertrauen, sich in eine für ihn positive Richtung verändern zu können.

Wenn ein Betreuer diese Verhaltensaspekte maximal zu verwirklichen sucht, besteht - nach vorliegenden Forschungsbefunden - eine große Wahrscheinlichkeit für konstruktive psychologische Änderungen bei seinen Bewohnern. Werden einem alten Menschen diese Bedingungen nicht in ausreichendem Maße geboten, können unter Umständen auch negative Auswirkungen der Betreuung entstehen.

V. Anwendungsbereiche und Eingrenzungen

Die soziale Aufgabe des Betreuers/Therapeuten/Erziehers

Die hier für den therapeutischen Bereich angeführten Verhaltensweisen und Haltungen im Gespräch haben sich auch in anderen gruppendynamischen Situationen als wertvoll bei der Lösung individueller Konflikte erwiesen. Untersuchungen z.B. über das Erziehungsverhalten in Schulen und Familien zeigen, daß diese Gesprächsführung auch hier persönliche Spannungen und Konflikte bewältigen hilft. Es ist anzunehmen, daß dieses Verhalten allgemein zu besserer Verständigung und zwischenmenschlicher Kommunikation beiträgt.

Im klinischen Bereich scheint diese Gesprächsform vor allem geeignet für Personen mit allgemein neurotischen Störungen, insbesondere auch mit Konflikten zwischen Selbst- und Idealkonzept, mit Entscheidungsproblemen in verschiedenen Lebensbereichen und situationsgebundenen und sozialen Ängsten (z.B. Angst vor Aufzügen, oder Angst, Kontakte aufzunehmen). Voraussetzung für ein intensives beiderseitiges Gespräch ist jedoch für alle Klienten / für alle alten Menschen im Heim die Möglichkeit, sich sprachlich - auch über eigene Gefühlszustände - auszudrücken, was die Anwendbarkeit der therapeutischen Methode in vertiefenden intensiven Gesprächen vielfach auf Mittelschicht-Angehörige begrenzt.

Entsprechend unserer Lebenserfahrungen haben wir es mehr oder weniger gelernt, mit anderen über unsere Gefühle und Empfindungen zu sprechen. Daß heißt aber nicht, daß wir diejenigen alten Menschen vernachlässigen dürften, denen das Sprechen über eigene Empfindungen schwerer fällt. Vielmehr ist hier von uns eine größere Geduld gefordert, denn so ist es ja letztendlich das Ziel eines solchen Gespräches, unserem Gegenüber dazu zu verhelfen, sich über die eigenen Empfindungen mehr Klarheit zu verschaffen.

Darüberhinaus führt auch schon die "einseitige" Anwendung der Kenntnisse über das "Einfühlende Verstehen" dazu, daß sich der Bewohner in seinen Bedürfnissen und Wünschen besser verstanden fühlt. Auch der einseitige Versuch, die innere Welt des alten Menschen zu verstehen, bewirkt schon, daß dieser sich geborgener und akzeptierter fühlt.

Helfende Gespräche dieser Art sollten daher pflegebegleitend oder im intensiveren Einzelgespräch ihren festen Platz in der Tätigkeit von Altenpfleger(innen) haben. Nicht zuletzt diese selbst tragen dazu bei, daß das Gespräch als Tätigkeit auch von anderen Kollegen anerkannt wird.

Alte Menschen mit schweren psychopathologischen Störungen, Depressionen, Zwangsneurosen und sogenannten "isolierten" Verhaltensstörungen lassen sich schwieriger gesprächstherapeutisch behandeln. Auch bei diesen alten Menschen empfiehlt sich jedoch zunächst ein gesprächstherapeutisches Betreuungsstadium zur Klärung eigener Gefühle, Einstellungen und Bestrebungen, an das sich dann weitere Methoden, z.B. Verhaltens- oder Pharmako-Therapie, anschließen können. Nicht zuletzt kann diese Gesprächsmethode dazu beitragen, schwerere seelische Probleme zu erkennen und ihnen vorbeugend oder in Krisensituationen - auch durch die Hinzuziehung von weiteren Fachleuten - zu begegnen.

A 2.2.3. Gefühle, was sind das eigentlich?

Bitte überprüfen Sie im folgenden einmal, ob Sie die aufgelisteten Gefühle schon einmal erlebt haben.

Unterstreichen Sie die Gefühle, die Ihnen selbst in Ihrem Leben schon häufiger begegnet sind oder in denen Sie sich wiederfinden; umrahmen Sie die Gefühle, die für Sie besonders wichtig sind.

belastet sein; verärgert sein; bedrückt sein; sich befreit fühlen; sich hilflos fühlen; in eine Abwehrhaltung gehen; etwas als hilfreich empfinden; abstupfen; erschrocken sein; sich zurückziehen; sich selbst aufgeben; sich geborgen fühlen; den Kontakt verlieren; aus dem Vollen schöpfen; in ein Loch fallen; sich in die Enge getrieben fühlen; das Gefühl, der Sache auf den Grund gegangen zu sein; tapfer sein; sich ausgeglichen fühlen; sich gehemmt fühlen; das Gefühl, in etwas einzudringen; geradeheraus, offen sein; sich freuen; das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden; sich kritisiert fühlen; spontan sein; eine Aufgabe haben; sich gleichberechtigt fühlen; das Gefühl, einen Schritt weitergekommen zu sein; das Gefühl, Vertrauen zu mir haben zu können; sich überfordert fühlen; stolz sein; sich mißverstanden fühlen; sich versöhnen; das Gefühl, nicht richtig 'ran zu kommen; das Gefühl, beständig zu sein; das Gefühl, jemandem zu drohen; jemandem treu sein; von Dankbarkeit erfüllt sein; sich umgekrempelt zu fühlen; das Gefühl, in einer anderen Welt zu leben; zusammenzuklappen wie ein Taschenmesser; das Gefühl, jemanden an die Wand gedrückt zu haben; sich sicher fühlen; mit sich selbst im Reinen sein; gelassen sein; sich durchsetzen können; angespannt sein; nicht beachtet werden; sich angeklagt fühlen; nachgiebig sein; gehetzt werden; etwas aufgezwungen bekommen; neue Energie finden; auf etwas verzichten; sich nicht im Griff haben; sich etwas gönnen; Ungewißheit empfinden; verzweifelt sein; eifersüchtig sein; sich beschützt fühlen; das Gefühl, neue Grenzen stecken zu müssen; sich hin und her gerissen fühlen; Zärtlichkeit empfinden; sich unterlegen fühlen; sich anerkannt fühlen;

A 2.2.4. Übungen zum einführenden Verstehen I

Die folgenden Seiten enthalten Äußerungen aus den von Ihnen beschriebenen Fallbeispielen.

Bitte versuchen Sie, sich den vom Bewohner mit einem Satz beschriebenen Zustand so intensiv und anschaulich wie möglich vorzustellen.

Ich möchte Sie nun bitten, die vorgegebenen Zustandsbeschreibungen - gemäß Ihren eigenen nachvollzogenen Vorstellungen und Empfindungen - mit Ihren eigenen Worten neu zu beschreiben.

Sie versuchen also bitte, den gleichen vorgegebenen Zustand in immer wieder neuen Worten und Sätzen zu beschreiben.

Schreiben Sie bitte alle Nachempfindungen auf, die Sie haben.

Beispiel:

"Es geht mir sehr gut"

- Ich bin jetzt sehr zufrieden
- Ich fühle mich großartig
- Ich bin rundherum froh
- Bei mir ist sehr vieles in Ordnung
-

Bitte veranschaulichen Sie sich den vorgeschriebenen Zustand immer etwa 1 Minute. Sie haben dann 2 Minuten Zeit, Ihre Nachempfindungen niederzuschreiben.

Bitte warten Sie mit dem Umblättern, bis ein Zeichen dazu gegeben wird.

Bitte versuchen Sie, sich den vom alten Menschen mit einem Satz beschriebenen Zustand so intensiv und anschaulich wie möglich vorzustellen.

Beschreiben Sie diesen Zustand mit eigenen, immer neuen Worten und Sätzen, so als wären Sie in der Lage des Bewohners.

Nr. 1:

"Ich fühle mich so allein" _____

Nr. 2:

"Ich kann Frau K. einfach nicht leiden." _____

Nr. 3:

"Den Fraß nehmen Sie man gleich wieder mit" _____

Nr. 4:

"Ich finde mich hier nicht zurecht" _____

Bitte versuchen Sie, sich den vom alten Menschen mit einem Satz beschriebenen Zustand so intensiv und anschaulich wie möglich vorzustellen.

Beschreiben Sie diesen Zustand mit eigenen, immer neuen Worten und Sätzen, so als wären Sie in der Lage des Bewohners.

Nr. 5:

"Hier bleibe ich nicht, sehen Sie sich das Zimmer doch mal an!"

Nr. 6:

"Niemand will mich mehr"

Nr. 7:

"Nicht wahr, Sie schicken mich nicht wieder fort?"

Nr. 8:

"Ich will immer noch, aber ich merke, daß ich es nicht mehr kann."

A 2.2.5. Skala zur Einschätzung des Ausmaßes an Selbstauseinandersetzung*

1 Der alte Mensch spricht nicht über sich selbst, weder über sein Verhalten noch über seine Gefühle. Er spricht ausschließlich über Tatbestände, die unabhängig von seiner Person sind.

2 Der alte Mensch berichtet nicht über sich selbst, weder über sein Verhalten noch über seine Gefühle. Er spricht nur von Personen und/oder Sachen, die zu ihm in enger Beziehung stehen (z.B. seinen Eltern, Kindern, seiner früheren Wohnung).

3 Der alte Mensch berichtet von äußeren Vorgängen und von seinem eigenen Verhalten, jedoch ohne von Gefühlen zu sprechen, die dazu in Beziehung stehen.

4 Der alte Mensch berichtet von äußeren Vorgängen und auch von seinem eigenen Verhalten, jedoch ohne von den Gefühlen zu sprechen, die dazu in Beziehung stehen. Man kann jedoch annehmen, daß das Berichtete für ihn mit Gefühlen verbunden ist, die für ihn von größerer Bedeutung sind.

5 Der alte Mensch berichtet über sein eigenes Verhalten oder äußere Vorgänge und die Gefühle, die dazu in Beziehung stehen. Der überwiegende Teil der Aussage besteht in der Schilderung seines Verhaltens oder äußerer Ereignisse; die Gefühle werden nur kurz erwähnt.

6 Der alte Mensch berichtet über sein eigenes Verhalten oder äußere Vorgänge und über die Gefühle, die dazu in Beziehung stehen. Die Aussage besteht überwiegend aus der Schilderung seiner Gefühle.

7 Der alte Mensch berichtet überwiegend von seinen Gefühlen. Zusätzlich muß ein Ansatz zu bemerken sein, seine Gefühle weiter zu klären, etwa sie in neuen Zusammenhängen zu sehen, sich zu fragen, woher gewisse Einstellungen kommen u.a.

8 Der alte Mensch schildert ausführlich seine Gefühle. Das Suchen nach neuen Aspekten und Zusammenhängen in seinem Erleben kommt deutlich zum Ausdruck.

9 Der alte Mensch schildert ausführlich seine Gefühle. Es ist deutlich, daß er neue Aspekte und Zusammenhänge in seinem Erleben findet.

1 - 3	4	5 - 6	7 - 9
Äußere Sachverhalte + eigenes Verhalten ohne innere Erlebnisse	Aus der Schilderung äußerer Vorgänge können darin enthaltene gefühlsmäßige Bedeutungen erschlossen werden	Aussage besteht zum kleineren Teil oder überwiegend aus der neuer (ausdrücklichen) Schilderung von Gefühlen	wie 6 + Suchen und Finden neuer Aspekte im Erleben

*vgl. CARKHUFF, R.R.: Helping and Human relations. Vol. I and II. New York, 1969, S. 327 - 328; sowie TAUSCH, R. und TAUSCH, A.-M.: Gesprächspsychotherapie. Göttingen, 1979, S. 138f

A 2.2.6. Beispiele zu den Stufen der Skala SELBSTAUSEINANDERS- SETZUNG

Unter Selbstauseinandersetzung soll verstanden werden, daß der alte Mensch über sich selbst, besonders über seine Gefühle spricht, sich über sie klarer wird oder sich um deren Klärung bemüht. Achten Sie bitte darauf, ob sich der Bewohner (B) in den folgenden Äußerungen äußert über

seine Gefühle, sein inneres Erleben, seine Empfindungen, seine Wünsche und Interessen, über die gefühlsmäßigen Bewertungen von Ereignissen und die Vorstellung, die er von sich selbst und seiner Wirkung auf andere hat.

Die folgenden Beispiele sollen die Stufendefinitionen veranschaulichen.

Stufe 1: B: In der Stadt ist immer soviel los. Es ist ja jetzt auch bald Weihnachten.

Begründung: Der alte Mensch sagt nichts von sich selbst. Er spricht von Gegebenheiten, die von seiner Person unabhängig sind.

Stufe 2: B: Meine Tochter und mein Schwiegersohn wollen am Sonnabend weggehen, zu einer Geburtstagsfeier. Sie gehen da lieber hin, als zu Hause zu bleiben. Mein Sohn wollte erst auch mitgehen; nun bleibt er aber zu Hause. Er bastelt vielleicht in seinem Bastelkeller, das tut er so gerne.

Begründung: Der alte Mensch spricht von Personen, die zu ihm in familiärer Beziehung stehen. Er sagt aber nichts von sich selbst, weder über sein Verhalten noch über sein Erleben.

Stufe 3: B: Ja, ich bin jetzt 79 Jahre alt. Vor dem Krieg war ich in Pommern auf einem Gutshof. Da mußten wir vielleicht 'ran ... Und als ich dann wiederkam, ging es weiter. Nach dem Krieg lernte ich meinen Mann kennen und dann mußten wir ja auch viel arbeiten, um das Geschäft aufzubauen. Er hatte es ja auch schwer, sich hier einzuleben, wo er als Schlesier seine Heimat verlassen mußte.

Begründung: Der alte Mensch spricht über ihr früheres Leben und gibt ihr Alter an. Sie berichtet von äußeren Vorgängen und von ihrem eigenen Verhalten. Auch spricht sie über ihren Mann. Sie äußert aber keine Gefühle, die mit ihren sonstigen Aussagen in Verbindung stehen.

Stufe 4: B: Meine Tochter will schon wieder verreisen. Die Hälfte der Zeit ist sie unterwegs. Sie ist am besten zufrieden, wenn sie nur weit genug mit dem Flugzeug fliegen kann. So war sie schon immer; sich die ganze Welt angucken und alles hinter sich lassen... Und ich sitz hier in diesem Heim.

Begründung: Die Bewohnerin spricht über ihre Tochter und das, was die Tochter aus ihrer Sicht tut, wenn sie wegfährt. Sie spricht über sich selbst und zieht den Vergleich zu dem Leben ihrer

Tochter. Sie berichtet von äußeren Vorgängen und auch von ihrem eigenen Verhalten. Zwar äußert die Bewohnerin nicht ausdrücklich ihre Gefühle, doch kann man annehmen, daß das Gefühl der Abhängigkeit sowie Vorwürfe und Wünsche an ihre Tochter mit dem Berichteten verbunden sind:

Stufe 5: B: Und ich kann mich auch mit einfachen Menschen unterhalten, und ich steige auch in denen ihre Verhältnisse hinab und unterhalte mich mit denen über ihre Verhältnisse, nicht? Sei es übers nach draußen gehen oder sonst was, nicht? Weil ich das kann. Und umgekehrt gehts eben nicht, ja, es ist nicht möglich. Also kann ich mich hineinfühlen in die Lage von einem, der nicht mehr so kann wie er will, und dann Angst hat auszurutschen, nicht? Diese Leute können sich nicht in meine Lage ...

Begründung: Der Bewohner spricht von seinem eigenen Verhalten und erwähnt kurz seine Gefühle.

Stufe 6: B: Guten Tag Schwester; ich freue mich, wenn Sie zu mir kommen, ich bin immer so einsam, meine Sehkraft läßt nach, meine Angehörigen sind bis auf einen Neffen, der in Stuttgart lebt, alle verstorben. Ich bete auch viel; wenigstens kann ich ja noch laufen, aber was soll ich denn noch auf dieser Welt?

Begründung: Der Bewohner spricht von Gefühlen in der Hier- und Jetzt--Situation und von Gefühlen, die ihn immer wieder bedrängen und deutet an, wie er sich diesen Gefühlen gegenüber verhält. Der Bewohner spricht auch von seinem Verhalten und seinen Fähigkeiten überwiegend jedoch von seinen Gefühlen.

Stufe 7: B: Ich würde so gerne wieder in meine Wohnung zurückgehen. Da fühle ich mich wohl und kann tun was ich will. Aber ich bin so unsicher beim Gehen und brauche Hilfe. Vielleicht ist es wirklich besser, wenn ich hier bleibe, aber ich kenne ja hier niemanden richtig.

Begründung: Der Bewohner äußert seinen eigentlichen Wunsch und drückt indirekt seine negativen Gefühle über die jetzige Situation aus. Er deutet aber auch eine Möglichkeit an, sich aus dem Dilemma zu befreien, indem er abwägt und zu einer neuen Entscheidung zu gelangen versucht - eine Einstellungsänderung.

Stufe 8: B: Vielleicht hätte ich ein wenig Abwechslung, wenn ich mir am Radio Musik anhören könnte, das tu ich so gerne. Schwester, es wäre so schön, wenn ich ein Radio hätte. Ich bin hier immer so alleine und kann ja auch nur im Bett liegen. Es ist oft so langweilig. Ich könnte versuchen, noch ein wenig zu lesen, aber die Augen tun es auch nicht mehr so lange.

Begründung: Der Bewohner sucht eine Lösung des Problems in einer Abwechslung. Die Wörter "versuchen", "vielleicht", "könnte ich" oder "müßte finden" usw. weisen darauf hin, daß der Bewohner noch nach Zusammenhängen in seinem Erleben sucht.

Stufe 9: B: Es wäre viel schöner, wenn es harmonischer ginge. Das liegt natürlich auch an mir. Ich vergeß oft so viel und dann mach ich den anderen Vorwürfe. Ich sollte wirklich vorsichtiger sein. Ich wage Frau Scholz kaum noch anzusprechen, deswegen; ich glaube, ich sollte nochmal mit ihr darüber sprechen...

Begründung:

A 2.2.7. Übungsmaterial zur Einschätzskala SELBSTAUSEINANDER-
SETZUNG

Bitte versuchen Sie, die folgenden Ausschnitte den einzelnen Stufen zuzuordnen.

- Nr. 1 Gestern war die doch schon wieder weg. Wenn ich dauernd wegfahren könnte, wäre ich auch besser dran. Aber ich kann ja nicht mehr so richtig.
- Nr. 2 Damals war ja auch ne Menge los. Wir konnten gar nicht alles bewältigen. Das ging gar nicht Man soll ja auch sehen, daß man sich nicht überfordert. Aber was will man denn machen? Wenn man gezwungen ist? Irgendwie mußte es ja weitergehen....
- Nr. 3 Die Schwestern von der anderen Station haben viel mehr Zeit für einen. Wir liegen hier immer so alleine und wenn ich mal schelle, dann denk ich immer gleich, daß sie ja auch viel zu tun haben hier. Es ist ja auch viel schwerer für sie hier, wo wir hier alle nicht mehr so richtig können.
- Nr. 4 dann bin ich schnell auf den Flur gegangen und hab erst mal so richtig gelacht. Ich wollte das ja nicht in Gegenwart von Frau Schlüter, ... jetzt denk ich doch, daß ich ihr unrecht getan habe; ich glaube, es wäre besser, wenn ich manchmal mit ihr sprechen würde, sie hat es bestimmt gemerkt. Aber ich wollte ihr ja auch gar nicht wehtun...
- Nr. 5 Schwester, die andere Gruppe setzt mich immer vor dem Nachmittagskaffee aus dem Bett. Schwester W. und Frau M. schaffen es nie; immer muß ich bis ungefähr 15.00 Uhr warten.
- Nr. 6 nachts: Was soll ich nur tun? Ich habe einen Bock geschossen. Ich habe die Leiterin beleidigt.
- Nr. 7 Wozu bin ich überhaupt noch da? Meinen Kindern bin ich doch nur eine Last. Ich kann ja fast nichts mehr. Das bißchen Laufen bringt mich auch nicht weiter.
- Nr. 8 Meine Tochter war gestern wieder hier, um Geld zu holen. Sie kommt ja immer nur am 1. im Monat, wenn's Geld gibt. Sonst hat sie keine Zeit für mich.
- Nr. 9 Ja Schwester, es war ja keiner da, um mein Fernsehn auszumachen, da mußte ich ja aufstehen. Sie wissen doch, daß ich so bescheiden bin; ich schell ja nie, ich will ihnen ja keine Arbeit machen.

- Nr. 10 Ich lasse mich von den jungen Dingen nicht baden, das kommt überhaupt nicht in Frage, lieber lasse ich es ganz bleiben. Sie können es machen, die anderen schicke ich alle um.
- Nr. 11 Schließlich bezahle ich ja auch genug... Ich finde wirklich, eigentlich müßte man nur etwas zuvorkommender sein. Ich werde hier am Ende des Flurs ja regelrecht vernachlässigt...
- Nr. 12 Nein dazu hab ich keine Lust. Sollen die ihre Kränze alleine basteln. Ich kann mich hier auch ganz gut alleine beschäftigen. Außerdem weiß ich ja doch nicht, wem ich sie schenken soll...
- Nr. 13 Wenn ich mich etwas mehr schonen würde, ginge es sicher. Manchmal traue ich mir vielleicht zuviel zu. Es geht eben nicht mehr so wie man will.
- Nr. 14 Eigentlich sollte ich meiner Schwester endlich einen Brief schreiben. Es macht mir ja eigentlich auch Spaß. Nach so langer Zeit schreibt sie mir vielleicht mal wieder. Früher hatten wir immer ein gutes Verhältnis zueinander. Ich würde mich so freuen, wenn wir mal wieder voneinander hören würden ...
- Nr. 15 Ich mach mir solche Sorgen um Peter (den Sohn). Er fängt mal hier an, mal da, aber nichts packt er richtig an. Er hat keine Ausdauer und dann kommt er mit den Vorgesetzten nicht zurecht. Vielleicht hab ich früher auch viel falsch gemacht ...

A 2.2.8. Übungsmaterial zum EINFÜHLENDEN VERSTEHEN (I)

Skala zum Ansprechen von Gefühlen des alten Menschen*

1 Der Betreuer geht nicht auf die Gefühle und die vom alten Menschen vorgebrachten äußeren Sachverhalte ein, sondern er belehrt, ermahnt, übergeht oder mißversteht beispielsweise den Bewohner.

2 Der Betreuer geht nicht auf die vom alten Menschen geäußerten Gefühle ein.

2 Er äußert sich jedoch über irgendwelche vom Bewohner vorgebrachten äußeren Sachverhalte.

3 Der Betreuer geht auf ein dem alten Menschen nicht wichtiges Gefühl ein, auf das der alte Mensch nicht das Hauptgewicht seiner Äußerung legte.

4 Der Betreuer geht auf einen Teil der dem alten Menschen wichtigen Gefühle ein.

5 Der Betreuer geht auf den überwiegenden Teil der vom Bewohner wichtigen Gefühle ein.

Es sind aber nicht alle wichtigen Gefühle berücksichtigt.

6 Der Betreuer geht auf alle wichtigen vom alten Menschen geäußerten Gefühle ein.

* vgl. dazu die Skala "Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)" nach TAUSCH, et al. 1969 zitiert nach MINSEL, W.-R.: Praxis der Gesprächspsychotherapie, 1973

A 2.2.9. Beispiele zu den Stufen der Skala ANSPRECHEN VON GEFÜHLEN
DES ALTEN MENSCHEN

Stufe 1:

Bewohner (B): Ich kann und will nicht mehr in den Speisesaal. Ich will auch nichts mehr sehen und hören, was hier geboten wird, z.B. wenn die-
se Kinder singen oder Filme und Konzerte ...

Betreuer (Be): Sie sollten es doch noch mal versuchen.

Begründung:

Der alte Mensch äußert:

- wie die Aktivitäten im Haus auf ihn wirken
- daß er sich nicht fähig fühlt, daran teilzunehmen
- daß er sich entschlossen hat, nicht mehr an den Aktivitäten teilzuneh-
men.

Der Betreuer geht nicht auf die Gefühle des alten Menschen ein. Er be-
lehrt ihn und gibt ihm Ratschläge.

Stufe 2:

B: Frau K. grüßt mich nicht mehr und ich hab ihr doch so viel Gutes ge-
tan und hab ihr doch immer zu lesen gebracht.

Be: Vielleicht war Frau K. gerade mit den Gedanken woanders.

Begründung:

Der alte Mensch äußert:

- wie das Verhalten einer Mitbewohnerin auf sie wirkt
- daß sie dieses Verhalten nicht versteht.

Der Betreuer spricht nicht die Gefühle des alten Menschen an und bietet
ihm eine Erklärung an, die zudem unzureichend ist.

Stufe 3:

B: Meine Kinder haben sich zerstritten. Mein Sohn kommt nicht mehr. Auf
ihn habe ich gebaut. Die Schwiegertochter mag mich nicht. Es gab
Schwierigkeiten.

Be: Sie wünschen sich, daß es Ihrem Sohn bessergeht.

Begründung:

Die Bewohnerin äußert:

- ihre Sorge darüber, daß sich ihre Kinder nicht verstehen
- ihre Hoffnung, daß wenigstens der Sohn für sie da wäre
- ihre Enttäuschung über den Streit
- das Gefühl, von der Schwiegertochter abgelehnt zu werden
- ihre Enttäuschung über ihren Sohn
- indirekt: ihre Befürchtung, daß die Schwierigkeiten zwischen ihren
Kindern zur Folge haben, daß sie nicht mehr kommen, um sie zu besuchen.

Der Betreuer greift nur ein Gefühl des alten Mensch auf, das zudem für
sie unwichtiger ist.

Stufe 4:

B: Eigentlich könnte man mich ruhig auch etwas mehr über die Zeiten des Gottesdienstes informieren, aber das halten die beiden anderen Schwestern auch nicht für notwendig.

Be: Sie ärgern sich über die beiden anderen Schwestern ...

Begründung:

Der alte Mensch äußert:

- eine Beschwerde
- das Gefühl, bewußt benachteiligt zu werden
- das Gefühl, von den beiden Mitschwestern abgelehnt zu werden
- daß sie die zwei Mitschwestern ablehnt und sich über sie ärgert

Der Betreuer geht nur auf den letzten Aspekt ein, und berücksichtigt nur einen Teil der dem alten Menschen wichtigen Gefühle.

Stufe 5:

B: Ich finde mich hier nicht zurecht. Ich kenne ja niemanden hier, und im Speiseraum sitzen dann alle und es ist so laut da, dann bin ich lieber hier in meinem Zimmer; ich bin so allein, keiner mag mich mehr. Man gehört zum alten Eisen.

Be: Es fällt Ihnen schwer, sich hier einzugewöhnen und mit den unbekannten Leuten zurechtzukommen.

Begründung:

Der Bewohner äußert, daß:

- die Umstellung für ihn sehr belastend ist.
- er sich Ruhe wünscht
- er Schwierigkeiten hat, Kontakte zu anderen zu bekommen
- er sich verlassen und nicht mehr als vollwertiger Mensch fühlt.

Der Betreuer geht in allgemeiner Form auf den überwiegenden Teil der vom alten Menschen geäußerten Gefühle ein.

Stufe 6:

B: Meine Beine lassen nach, ich komme nicht mehr zurecht allein. Ich würde so gern in meine Wohnung zurückgehen. Aber es geht nicht, ich weiß das wohl. Ich hab mich hier ja schon ganz gut eingelebt und wenn jetzt auch meine Verdauung nicht richtig klappt ... Ich will auf keinen Fall ins Krankenhaus.

Be: Sie wünschen sich ein geborgenes zu Hause, aber haben Angst, daß Sie das, was Sie jetzt haben, wieder verlieren könnten.

Begründung:

Der Bewohner äußert, daß:

- er sich körperlich schwach fühlt
- er sich in seine neue Lebenssituation einigermaßen eingefunden hat
- er Angst vor einer Veränderung hat, die ihm das bisher Erreichte wieder nehmen würde.

Der Betreuer geht auf alle, dem alten Menschen wichtigen Gefühle ein und bringt sie in eine sinnvolle Reihenfolge.

A 2.2.10 Übungsmaterial zum EINFÜHLENDEN VERSTEHEN (II)

Stellen Sie sich vor, Sie sind in einem Gespräch mit einem Bewohner. Dieser äußert jeweils einen Satz. Die Sätze stehen unabhängig voneinander.

Sie versuchen nun, unmittelbar auf einen Satz zu reagieren.

Sie bemühen sich, den alten Menschen zu verstehen und ihm das Verstandene mitzuteilen.

Bewohner 1: "Frau K. grüßt nicht mehr .. "

Betreuer: _____

Was finden Sie gut an Ihrer Antwort?

Was finden Sie an den Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder gut?

Bewohner 2: "Ich kenne ja hier niemanden ..."

Betreuer: _____

Was finden Sie gut an Ihrer Antwort?

Was finden Sie an den Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder gut?

Bewohner 3: "Meine Tochter kommt immer seltener ..."

Betreuer: _____

Was finden Sie gut an Ihrer Antwort?

Was finden Sie an den Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder gut?

Bewohner 4: "Ich lasse mich von den jungen Dingen nicht baden, das kommt überhaupt nicht in Frage ..."

Betreuer: _____

Was finden Sie gut an Ihrer Antwort?

Was finden Sie an den Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder gut?

Bewohner 5: "Warum soll ich aufstehen, mir tut alles weh?"

Betreuer: _____

Was finden Sie gut an Ihrer Antwort?

Was finden Sie an den Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder gut?

Bewohner 6: "Wenn das so weitergeht, mache ich überhaupt nichts mehr.
Ich lasse mir doch nicht alles gefallen."

Betreuer: _____

A 2.3 MATERIALIEN ZU LERNABSCHNITT 3

A 2.3.1 STERBEBEGLEITUNG

Überblick:

1. Der Tod und seine Bedeutung (früher und heute)
2. Sozialer Tod - Sterben als Ereignis individuellen Verlustes und zwischenmenschlicher Beziehung -
3. Soziale Aspekte des Sterbens im Heim - menschenwürdiges Sterben, Alltag und Verantwortung
4. Ihre Einstellungen und Gefühle gegenüber dem Tod - Auswirkungen auf Ihr Verhalten gegenüber Sterbenden
5. Die Erlebnisverarbeitung bei verschiedenen Patienten - Bewältigungsversuche, Fakten über den Zustand, Phasen des Sterbens -
6. Ihr Verhalten gegenüber Sterbenden - Kontaktsituationen, Gesprächsführung -
7. Ihr Verhalten gegenüber Angehörigen - Mitgefühl, Vertrauensperson, Verantwortung für Angehörige -
8. Besondere Probleme: z.B. Euthanasie (-begähren); Suizid (-wünsche); Suizidversuche -
9. Vorsorge

Im folgenden werden von diesen Aspekten einige näher beschrieben.

- - -

Der Tod und seine Bedeutungen

- Tod als Macht (symbolisch dargestellt in menschlicher Gewalt, Donner, Blitz, Gott und Götter)
- Tod als zwischenmenschliches Ereignis; eine tote Beziehung: man bedeutet für einen anderen absolut nichts mehr
- Tod als biologisches Ende
- Tod als unwiderrufliches Ende - Endlichkeitserlebnis; keine Möglichkeiten, kein Ausblick im menschlichen Leben mehr vor sich haben. Dazu im Gegensatz das vergangene Leben = Veränderung, Fortschritt, Offensein, Ausblick
- Tod als Bedrohung, Unbekanntes (Schrecken, Ohnmacht, Trauer)
- Tod als religiöses Ereignis

Der Tod früher und heute

- der Tod gehörte früher mehr zum Leben dazu, reihte sich ein in den normalen Ablauf (Geburt - Tod - leben - sterben). Aufgrund größerer Naturverbundenheit wurde er als etwas Selbstverständlicheres betrachtet als heute.
- Früher war der Familienbezug stärker. Heute sterben viele Menschen einsamer, weil sie zuvor aus ihrer Umgebung abgeschoben worden sind. Die Menschen warteten nicht so sehr auf den Tod wie heute. Die Trauer in der Familie war vermutlich größer als heute. Das Gefühl, als alter Mensch etwas wert zu sein, nimmt immer mehr ab. Entsprechend wird heute nicht mehr so häufig nach dem Sinn des Todes gefragt.
- Die Menschen sind weniger auf den Tod vorbereitet und weniger belastbar - auch durch die geringere unmittelbare Lebensbedrohung durch Natur und Krankheit; andererseits: Die Menschen sind heute gegenüber dem Tod durch Filme, Nachrichten abgestumpft und übersättigt.
- Der Hoffnung und dem Glauben an das Weiterleben nach dem Tod steht Angst und Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht gegenüber.

Wodurch machen Angehörige dem Sterbenden das Sterben schwerer?

- Die Angehörigen werden oft überfordert; entscheidend ist u.a., ob sie schon einmal etwas Ähnliches erlebt haben.
- Sie haben Angst - gehen nicht direkt an das Bett heran; sind entsetzt; können den Anblick oft nicht ertragen.
Sie werden an das eigene Sterben erinnert. Für viele Verwandte ist es die erste Begegnung mit dem Tod. Sie wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen.
- Häufig fehlt die innere Nähe zum Sterbenden. Dies bringt Konflikte zwischen Angehörigen und Sterbenden und belastet letzteren zusätzlich.
- Sie kommen und fordern (beleidigend heraus); sie machen Vorwürfe (Benimm Dich ...) und zeigen Unverständnis.
- Sie haben Schuldgefühle: "Haben wir es doch nicht richtig gemacht?" Sie machen sich Vorwürfe, bei der Heimeinweisung mit entschieden zu haben und übertragen ihre Probleme auf den Sterbenden.

- Sie sagen zum Sterbenden: "Du darfst jetzt nicht sterben!", "Du darfst uns nicht alleine lassen!"
- Ihr Verhalten ist oft widersprüchlich. Auf der einen Seite sagen sie: "Wir können Dich nicht entbehren", auf der anderen Seite haben sie über den Sterbenden hinweg entschieden, als sie ihn abgeschoben haben.
- Angehörige sind "zu 80 %" lieblos. Sie wollen beim Sterben nicht dabei sein. Sie fassen es nicht als Probe für ihr Leben auf. Sie "haben keine Zeit" dabeizusitzen. Trotz Bitten der Schwestern "können" Angehörige nicht.
Oft ermessen sie nicht die Bedeutung des bevorstehenden Todes für den Sterbenden und die Rolle, die sie selbst dabei spielen.
- Ruhige Besinnlichkeit, die für das Sterben so wichtig ist, können die Angehörigen in der Hektik des heutigen Lebens oft nicht aufbringen. Selbst dem Sterbenden wird noch einmal Verständnis abverlangt!

Sterben als Verlust (vgl. dazu REST, 1977)

- Der Sterbende erlebt oft nicht nur noch einmal die Ereignisse des Lebens, sondern wird sich auch seiner Verluste mehr oder weniger bewußt. "Sozialer Tod" heißt Identitätsverlust in verschiedenen Bereichen:

Der alte Mensch verliert im Laufe seines Heimdaseins verschiedene Aspekte seiner Identität. War es zunächst "nur" der Verlust der beruflichen Identität, so kommt bald der Verlust der geschlechtsspezifischen Identität hinzu. Alternde Männer und Frauen verhalten sich mit zunehmender Heimdauer häufig immer ähnlicher. Hinzu kommt die mehr oder weniger gezwungene Annahme einer stationären Identität und vielfach der Verlust der Individualität durch eine (notgedrungene?!) vereinheitlichende Behandlung. Wichtiger noch sind die Verluste an Umweltbeziehungen. Nicht zuletzt durch das Sterben von weitgehend Gleichaltrigen, sondern vor allem durch die wachsende Entfremdung von der Familie verliert der Bewohner langsam seine tatsächliche familiäre Identität. Dieser Entzug der sozialen Identität geht einher mit dem mehr oder minder auch subjektiv ausgeprägten Gefühl, seinen Wert als Gesprächspartner zu verlieren. Dieses Gefühl, seine Werthaftigkeit zu verlieren, wird häufig unterstützt durch den tatsächlichen Verlust an Geld, d.h. dem eigentlichen Zweck des Geldes, nämlich es sinnvoll und zukunftsorientiert ausgeben zu können.

Schließlich verliert der Bewohner im Pflegestadium seine Intimität. In seiner Nacktheit ist er dem Pfleger ausgeliefert. Die Erbärmlichkeit der äußeren Situation findet ihren Höhepunkt dann, wenn der klinische Tod durch die Pflegekräfte unbewußt und ungewollt vorweggenommen wird. Die personale Identität ist gänzlich verloren, wenn Sterbende behandelt werden als lebende Leichen: man spricht nicht mehr mit ihnen; man macht sie fertig!

Einge Aspekte zur Typologie von Sterbenden

Sterben ist das privateste Ereignis des Lebens! Der Umgang muß daher mit jedem Sterbenden anders ausfallen. Trotzdem lassen sich einige Merkmale unterscheiden.

Viele Sterbende werden von innen her immer wacher. Gläubige Menschen sterben anders als Nicht-Gläubige. Es gibt Menschen, die gern (endlich) sterben und solche, die sich auflehnen; solche, die ein sinnerfülltes Leben hinter sich lassen und solche, die lange, sinnlose Jahre und vielleicht Qualen erlitten haben. Nicht zuletzt sterben die einen ruhig, gelassen und gelöst, während die anderen bis zum Tod aufgebracht, um sich schlagend, verzweifelt und hilflos sind.

Einige Bedingungen für menschenwürdiges Sterben

- Jedem Sterbenden sollte die Möglichkeit geboten werden, daß die nächsten Angehörigen da sein können (auch mit Unterkunftsmöglichkeit).
- Jeder Sterbende sollte eine Vertrauensperson haben, mit der er über seine letzten inneren Ängste und Nöte sprechen kann.

Was heißt das: Vertrauensverhältnis?

Beide wissen und verstehen die Äußerung so, wie sie gemeint ist. (Deshalb können stark konfliktbeladene Angehörige oft keine wirklichen Vertrauenspersonen sein.) Es gibt wenig Mißverständnisse.

Der Sterbende muß sicher sein können, daß die Person, der er vertraut, nur sein Bestes will. Er muß sich angenommen und nicht unter Bedingungen akzeptiert fühlen. Durch eine vertraute Person erfährt er eine echte, aufrichtige, bedingungslose Wertschätzung seiner Person. Er muß annehmen können, daß die Person, der er vertraut, zu ihm stehen wird. Er muß sich auf diese Person verlassen können. Beide Personen verstehen sich schnell und eindeutig und können Mißver-

ständnisse klären, indem sie darüber sprechen. Dabei legen sie sich gegenseitig ihre Richtigstellungen nicht falsch aus.

Mit dem Sterbenden mitfühlen heißt u.a.:

- erspüren seiner momentanen Wünsche
- keine überbehütende Pflege (zuoft den Puls messen; zuoft das Gesicht abwischen usw.)
- keine unruhige Atmosphäre zu verbreiten (mehrere Personen im Zimmer; zu lautes Sprechen; zu grelles Licht; Lärm von draußen usw.)
- ruhig, gelöst und gelassen für den anderen da sein, ohne ihn spüren zu lassen, daß es eine Belastung ist.
- ihm, getragen durch das Vertrauen zu einem anderen Menschen, das Sterben annehmen helfen.

Einge Phasen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben

Der Sterbende erlebt sein Sterben anders, wenn er früher schon einmal ein eigenes Leiden erfahren hat.

Ebenso ist es anders für ihn, wenn er früher schon einmal den Tod eines Bewohners mitbekommen hat. Wie hat er die Pflege und die Sorge um den sterbenden Mitbewohner erlebt? Kann er sich auch vertrauensvoll dem Sterben hingeben, oder hat er erfahren, daß der Mitbewohner "unglücklich" gestorben ist?

Entscheidend ist allgemein seine frühere Konfrontation und Auseinandersetzung mit dem Tod. Seine Erlebnisse sind vielleicht wesentlich dadurch geprägt, daß er das Sterben einer nahen, geliebten Person miterlebt hat. Hat er schon einmal Bewältigungsversuche unternommen, die Angst vor dem Tod zu akzeptieren?

Der Unsicherheit über das Nun-Sterben-müssen folgt das Wahrnehmen und sichere Wissen, auf der "Schwelle des Todes" zu stehen. Die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit seines Daseins erlebt er zwischen zwei Polen. Der eine ist der der Auflehnung (wobei der Sterbende die vertraute Person für sein Sterben verantwortlich machen kann). Der andere Pol ist der Versuch, seine Endlichkeit zu akzeptieren. An einem neuen Entwicklungspunkt angekommen, wird das Wissen um den nahenden Tod abgelöst von dem Wunsch, daß sein Leben endlich vorbei sein möge. Gleichzeitig kann ihn die Hoffnung auf ein Weiterleben erfüllen. Schließlich

wird die Auseinandersetzung mit den Gegensätzen abgeschlossen durch einen Versuch, sein Sterben endgültig zu akzeptieren.

Vielleicht werden ihm zwischen diesen einzelnen Phasen Dinge bewußt, die ihn noch bedrücken. Die Beilegung des Streits zwischen Familienangehörigen, die Versorgung von Angehörigen usw. sind letzte Anliegen, die ihn aufwühlen können und von der Vertrauensperson ernst genommen werden müssen. Neben dem Gefühl, äußere Dinge erledigt zu haben und beruhigt hinter sich lassen zu können, kann das Sterben nun als religiöses Erlebnis einen zentralen Platz einnehmen. Dieses muß sich nicht durch einen Wunsch nach Sterbesakramenten oder Gebet äußern. Es kann sich auch durch die bewußt gewollte Ablehnung dieser Formen ausdrücken. Vertrauensvolle Person zu sein bedeutet auch, solch einen Wunsch bedingungslos akzeptieren zu lernen.

Vorsorge

- Hat jeder Bewohner eine Vertrauensperson, oder gibt es Bewohner, von denen man weiß, daß sie allein und einsam sterben werden, wenn man sich nicht rechtzeitig als Vertrauensperson anbietet, um später über die Ängste und Sorgen des Kranken Bescheid zu wissen?
- Hat der Vertraute eine Vorstellung davon, welcher Art Hilfe der Bewohner erwartet, um die Erkenntnis über sein Ende zu erlangen?
- Kann man Streitigkeiten zwischen Verwandten und dem Heim, die sich auf den Bewohner auswirken, zwischen Verwandten und Bewohnern schon frühzeitig lösen? Ist es möglich, Wohlwollen zwischen den Parteien herzustellen?
- Kann man bei den Angehörigen schon frühzeitig abschätzen, ob sie als wirkliche Vertrauensperson infrage kommen oder bestehen zu viele Konflikte?
- Hat der Bewohner jetzt schon Sorgen und Ängste um die Zukunft nach seinem Tod? Können Erbangelegenheiten, Sorgen um Probleme von Mitmenschen (Ausbildung der Kinder, finanzielle Versorgung anderer usw.) jetzt schon geregelt werden? Kann evtl. den Sorgen um den Nachlaß von einzelnen Gegenständen und Geld vorgebeugt werden, indem schon Regelungen getroffen werden?
- Ist es möglich, Angehörige, die dem Kranken das Sterben voraussichtlich schwer machen werden (s.o.), durch ein frühzeitiges Gespräch auf

- die kommende Situation vorzubereiten? (Damit z.B. keine Auseinandersetzungen über Erbe und Habe im Sterbezimmer geschehen?)
- Inwieweit hat sich der Bewohner schon einmal mit seinem Sterben auseinandergesetzt (s.o.: Phasen ...)? Ist es möglich, durch kürzere oder längere Gespräche einfühlsam die versteckten Hinweise des Bewohners aufzugreifen?

A 2.3.2 Psychologische Hilfen im Rahmen der Sterbebegleitung

	VORSORGE (Prävention)	AKUTE HILFE (Krisenintervention)	NACHSORGE
Bewohner	- Vertrauensperson sein - vorbereitende Gespräche - sich aussprechen	- HIER und JETZT - Vertrauen schenken - Nähe spüren lassen	Erlebnisse der Mitbewohner
Angehörige	- Besuch fördern - Erledigungen - Informieren - Belastbarkeit	- Beteiligung - Unterstützung beim Abschiednehmen	Gespräche evtl. Weitervermittlung
Pflege-ger/in	- Beobachten - Auseinandersetzung statt Verdrängung	- sich einlassen - sich öffnen (Unsicherheit, Ohnmacht, Hilflosigkeit, ertragen lernen) - D A - S E I N - nicht ausweichen	- Meditation - nachfühlen - sich verge-wissern
Team	Absprachen	Dienstplanregelungen	Veränderungs-initiativen?

VORSORGE

B E I M B E W O H N E R :

Vertrauensperson sein:

- Hat jeder Bewohner eine Person, der er sich anvertrauen kann? Wenn nein, wer könnte dieses sein?
- Welche Hilfe erwartet der Bewohner von mir?

Vorbereitende Gespräche:

- Was erwartet der alte Mensch von seinem Sterben und dem Tod?
- Welche Wünsche hat er, welche Befürchtungen?

Sich aussprechen:

- Welche Ängste und Konflikte belasten ihn?
- Welche versucht er zu verbergen? Welche versucht er zu verdrängen?

BEI ANGEHÖRIGEN:

Die Belastbarkeit der Angehörigen abschätzen

- Hat der Bewohner in dem Angehörigen eine Vertrauensperson?
- Wie belastbar ist der Angehörige? Wird er dem alten Menschen das Sterben schwerer oder leichter machen?

Erledigungen

- Können Erbangelegenheiten, Streit, Konflikte usw. schon jetzt angegangen oder vielleicht sogar erledigt werden?

BEI DEM/DER PFLEGER (I N):

sich auseinandersetzen - statt verdrängen

- Welche Wünsche habe ich an mein Sterben, an meinen Tod?
- Kann ich die Endlichkeit meiner Existenz begreifen, vielleicht sogar akzeptieren?
- Wie kann ich meine Trauer bewältigen?
- Was oder wer könnte mir Zuversicht, Mut geben?
- Was empfinden meine Mitmenschen, wenn sie an den Tod denken?
- Wieviel Kraft wende ich eigentlich dafür auf, meine Konflikte zu vermeiden oder vor ihnen zu fliehen?

I M T E A M:

Absprachen

- Gibt es unter den Mitarbeitern andere Personen, die als Vertrauenspersonen gewünscht sind?
- Läßt sich absprechen, wer hauptverantwortlich sein wird?

AKUTE HILFE

BEI M B E W O H N E R:

Was bedeuten eigentlich die Worte: "menschenwürdiges Sterben; "mitmenschliche Solidarität"; "Recht auf seinen eigenen Tod"?

- Was erlebt der Sterbende HIER und JETZT? Was ist für ihn wichtig?
- Kann ich ihm vermitteln, daß es sich lohnt, diese letzte Lebensphase zu erleben?
- Kann ich mir die Zeit nehmen, auf die Bedürfnisse zu hören, sie herauszufinden?

- Gibt der Sterbende Hinweise, daß er jetzt nicht sprechen möchte, vielleicht dafür aber später?
- Ist es möglich, Mut und Dankesgefühle anzuerkennen?
- Reicht vielleicht eine offene Frage, den Patienten von einer unerträglichen Last zu befreien?

B E I A N G E H Ö R I G E N :

- Ist es möglich, die Angehörigen an der Sitzwache zu beteiligen?
- Braucht der Angehörige meine Unterstützung, weil er den Verlust nicht ertragen kann?

B E I D E M / D E R P F L E G E R (I N) :

- Kann ich dem anderen nicht durch meine solidarische Ohnmacht zeigen, daß er sicher, geborgen und angenommen ist?
- Vor Vokabeln wie Tod, Krebs oder ähnlichem nicht davonzulaufen, gibt dem Kranken die sichere Atmosphäre, sich anvertrauen zu können.
- Ist es möglich, die Unsicherheit zu ertragen, nicht genau zu wissen, was der andere vielleicht wirklich denkt und fühlt?
- Ist mein Dabeisein möglicherweise zu viel? Möchte der Sterbende vielleicht seine Ruhe und Intimität?
- Ist es möglich, den Hilflösen nicht aus dem Weg zu gehen, sondern sie aufzusuchen?
- Wenn ich vielleicht will, daß der Sterbende im Moment lieber nicht von seinen Ängsten spricht, so wird er meine Hinweise verstehen.

NACHSORGE

B E I M B E W O H N E R :

Erlebnisse der Mitbewohner

- Wie haben die Mitbewohner das Sterben erlebt? Hat es Ängste ausgelöst?
- Hat vielleicht ein Mitbewohner Konflikte mit dem Toten nicht mehr austragen können?
- Haben die Mitbewohner die Fähigkeit, sich vom Leiden und Tod anderer abzugrenzen, oder beziehen sie den Tod allzu sehr auf sich?
- Tauschen die Mitbewohner ihre Erlebnisse aus oder versucht jeder seine eigene hilflose Bewältigung?

B E I A N G E H Ö R I G E N :

Direkte Gespräche, evtl. Weitervermittlung

- Sind die Angehörigen so stark betroffen, daß sie weitere Hilfe benötigen?
- Gibt es jemanden, der ihm durch Gespräche helfen könnte?

B E I D E M / D E R P F L E G E R (I N) :

Meditation

- Sich die Zeit nehmen für Ruhe, Besinnlichkeit und Dank

nachfühlen

- Wenn der Tod eingetreten ist, ist mehr Platz für Gefühle wie Schmerz, Trauer, Erschütterung; wir brauchen diese Gefühle nicht zu unterdrücken.

sich vergewissern

- Unsicherheiten bleiben; diese aufzuschreiben oder mit anderen darüber zu sprechen ist notwendig, um sich rückzuversichern, ob das eigene Tun angemessen war;
- vielleicht brauche ich jetzt Hilfe, weil ich Schuldgefühle habe oder aufgewühlt bin.

I M T E A M :

Veränderungsinitiativen?

- Gibt es von einzelnen Mitarbeitern Anregungen, sich organisatorisch besser auf das Sterben eines einmaligen Menschen einzustellen?

A 2.4 MATERIALIEN ZU DEN LERNABSCHNITTEN 4 UND 5

A 2.4.1 "Notsignale des alten Menschen"

Ein Begleitheft für die Teilnehmer

GUIDO MAIWALD

NOTSIGNAL E DES ALTEN MENSCHEN

HINWEISE FÜR DIE FRÜHERKENNUNG
PSYCHISCHER STÖRUNGEN VON BEWOHNERN

MÜNSTER 1980

1 INHALT UND
EINFÜHRUNG

2 BEOBACHTEN

3 NOTSIGNAL - »KATALOG«

4 GEBRAUCHSANLEITUNG

5 LANGFRISTIGES ZIEL

Guido Maiwald

NOTSIGNAL E DES ALTEN MENSCHEN

Hinweise für die Früherkennung psychischer Störungen von Bewohnern

1. EINFÜHRUNG

2. BEOBACHTEN: EINE GEZIELTE TÄTIGKEIT IN DER ALTENPFLEGE

- 2.1 Verhaltensbeobachtung
- 2.2 Was heißt hier "normal"?
- 2.3 "Abstempeln" und die Folgen
- 2.4 Weitere Fehlerquellen bei der Beobachtung
- 2.5 Hinweise für die systematischere Verhaltensbeobachtung

3. DER NOTSIGNAL-"KATALOG"

Hinweise auf behandlungs- und betreuungsbedürftige
psychische Probleme von Altenheimbewohnern

4. GEBRAUCHSANLEITUNG FÜR DIESES HEFT

- 4.1 Wozu soll der Notsignal-"Katalog" dienen?
- 4.2 Was der Notsignal-"Katalog" nicht sein soll
und nicht sein darf!
- 4.3 Formulierungshilfen für den Pflegebericht

5. LANGFRISTIGES ZIEL

Dieses ist ein Heft zum Nachschlagen und wiederholten Durchlesen. Es richtet sich vorwiegend an Teilnehmer des vierwöchigen Fortbildungsseminars "Die Sorge um den alten Menschen". Dort wurden jene Grundlagenkenntnisse über die Beobachtung und Beurteilung psychischer Störungen vermittelt, die notwendig sind, um diesen "Katalog" kritisch zu gebrauchen.

Teil 2 enthält als Erinnerungshilfe allgemeine Gesichtspunkte zur Beobachtung, d.h. Hinweise w i e Sie beobachten sollten. Der Mittelteil dieses Heftes enthält den eigentlichen Notsignal-"Katalog" (Teil 3). Er ist auch dazu gedacht, daß Sie ihn häufiger einfach "mal so" durchsehen. Hier ist enthalten w a s Sie beobachten sollten. Teil 4 gibt eine genauere "Gebrauchsanleitung" für dieses Heft. Diese beschreibt, wie Sie mit dem "Katalog" in Ihrer alltäglichen Praxis umgehen können. Wichtig ist hier aber auch der Abschnitt: Was der N o t s i g n a l - " K a t a l o g " n i c h t sein soll und nicht sein darf. Teil 5 beschreibt schließlich, wozu dieses Heft langfristig beitragen soll.

2. BEOBACHTEN: EINE GEZIELTE TÄTIGKEIT IN DER ALTENPFLEGE

2.1 Verhaltensbeobachtung

Die Verhaltensbeobachtung ist eine Methode, die, wenn man sie systematisch betreibt, ziemlich aufwendig ist. (vgl. Kap. 2.5). Hier soll kurz der Leitgedanke wiederholt werden, der für die Anwendung dieses "Kataloges" in Ihrem Berufsalltag wichtig ist.

Der Leitgedanke ist folgender:
beobachtet wird nur das, was man unmittelbar
sehen und damit auch zählen kann

Wenn Sie den Notsignal-"Katalog" durchsehen, so werden Sie feststellen, daß dort nicht nur Verhaltensweisen, sondern auch Gefühle und Gedanken beschrieben sind. Ein Beispiel soll dieses verdeutlichen. Der Satz "Spricht selten oder gar nicht mit anderen" ist eine Verhaltensbeschreibung: "Spricht mit anderen" ist ein Verhalten, welches man sehen kann; "selten oder gar nicht" gibt die Häufigkeit an, die man gezählt hat.

Demgegenüber ist die Beschreibung "er wird sehr unsicher, wenn man auf ihn zugeht" die Beschreibung des Gefühles "Unsicherheit"; um dieses Beobachtungsurteil abgeben zu können, muß man wissen, aus welchen einzelnen Verhaltensweisen das Gefühl "Unsicherheit" denn besteht: z.B. aus motorischer Unruhe, stammeln, u.U. rot werden, zögernd reagieren, hektische Bewegungen usw. - alles Verhaltensweisen, die man unmittelbar sehen und damit zählen kann.

Entscheidend bei dieser verhaltensorientierten Beobachtung von Gefühlen ist zum einen, daß der Pflegende die Einzelbeobachtungen zu einem zusammenfassenden Urteil verschmilzt (hier: "sehr unsicher"). Zum andern ist zu beachten, daß der Pflegende bei der Beobachtung einen ge-

danklichen Schluß zieht: Er deutet die Verhaltensanzeigen als etwas, was "hinter" dem Verhalten liegt, hier als ein Gefühl.

Der gedankliche Schluß - auch Interpretation oder Deutung genannt - sollte angemessen und gültig sein. Wenn Sie also ein zusammenfassendes Beobachtungsurteil über Eigenschaften oder Gefühle von Bewohnern aufrechterhalten, müssen Sie sich ständig rückversichern, ob die einzelnen zugehörigen Verhaltensweisen noch auftreten oder nicht. Im Beispiel oben: Um das zusammenfassende Urteil "Unsicherheit" beibehalten zu können, müssen die einzelnen Verhaltensweisen (motorische Unruhe, stammeln, rot werden, usw.) immer wieder zusammen auftreten, wenn Sie "auf ihn zugehen". Ist dieses nicht der Fall, müssen Sie Ihr Beobachtungsurteil "der Bewohner wird sehr unsicher, wenn man auf ihn zugeht" ändern.

Beobachten ist also ein durch und durch zwischenmenschlicher Vorgang, bei dem Sie der Person bestimmte Eigenschaften und Gefühle zuschreiben. Jede Beobachtung innerpsychischer Sachverhalte ist so geprägt durch die Sichtweise des Beobachters. Entscheidend ist, wie der Beobachter das Verhalten deutet. Diesen Akt der Deutung nennt man deshalb auch in der Fachsprache Zuschreibung. Sie schreiben dem Bewohner also das zu, was Sie sehen. Sie sehen um so mehr, je genauer Sie zwischen einzelnen Verhaltensweisen unterscheiden können.

Unterscheiden Sie bei Ihren alltäglichen Beobachtungen zu wenig, so birgt dieses eine Gefahr. Ein Beispiel: Wenn ein Bewohner abends die Tür verwechselt, so ist die-

ses e i n Anzeichen für momentane Verwirrtheit. Dieses eine Anzeichen allein rechtfertigt aber nicht die allgemeine Zuschreibung "Verwirrtheit". Pflegende, die auf diese Weise "wenig" sehen, neigen also zu Fehlurteilen. Der Beobachtungsfehler besteht hier in einer "unzulässigen Verallgemeinerung": Der Beobachter schließt durch seine verengte Sicht in unzulässiger Weise von einem Fall auf alle - so, als verhalte sich der Bewohner in vielen Situationen und überdauernd "verwirrt".

Allgemeiner gilt deshalb folgende Regel:

Wenn man solche groben "nicht-verhaltensorientierten" Zuschreibungen vornimmt, so sollte man genau angeben können, was man alles darunter versteht.

Im Notsignal-"Katalog" sind entsprechend einzelne Verhaltensweisen aufgezählt, die zusammengekommen wichtige Hinweise für je einen Problembereich ausmachen.

Wichtig sind jedoch folgende Einschränkungen im Gebrauch des "Kataloges":

- a) der Notsignal-"Katalog" ist unvollständig und
- b) einzelne Problembereiche überschneiden sich.

Diese Fehlerquellen werden weiter unten noch einmal ausführlich dargestellt.

Hier ist zunächst festzuhalten, daß alle Notsignale zu lesen sind als:
"dieses Verhalten deutet hin auf..." oder
"dieses Notsignal kann ein kleiner Teil sein von..."

=====

Psychische Störungen entstehen immer durch die Häufung vieler einzelner Bedingungen und setzten sich dann - grob betrachtet - aus

vielen einzelnen problematischen Verhaltensweisen zusammen. Dieses ist sehr bedeutsam für die vorsorgende psychosoziale Betreuung der Bewohner:

- a) es ist nicht nur wichtig, dieses eine Notsignal zu beachten, sondern
- b) es ist genauso wichtig, zu verhindern, daß die anderen Signale auftreten. So kann eine massivere Störung gezielt verhindert werden, wenn man weiß, wo man ansetzen muß.

2.2 Was heißt hier "normal"?

Allen Beobachtungen im Notsignal-"Katalog" ist gemeinsam, daß es sich um etwas "Problematisches" handelt und dadurch um Betreuungsbedürftiges.

Es sind vor allem zwei Anhaltspunkte

(Kriterien) zu nennen, ab wann eine Verhaltensweise, ein Gefühl oder ein Gedanke als "problematisch" oder "auffällig" gelten wird:

- a) der psychische Leidensdruck eines Bewohners ist größer als "normal"
- b) die soziale Störung, die eine Verhaltensweise auslöst ist größer als "normal", d.h. der Leidensdruck der Mitbewohner oder des Pflegepersonals ist größer als "normal".

Was noch gerade als "normal" gilt und was nicht mehr, ist sehr durch die Vorstellungen des einzelnen geprägt. Was für Sie alltäglich ist, ist vielleicht für andere erschreckend. Was Sie (bei Punkt b) gerade noch aushalten, ist für andere sehr störend usw. Entscheidend ist, ab wann etwas als abweichend, nicht mehr tragbar, nicht mehr zumut-

bar usw. bezeichnet wird. Hier handelt es sich um eine Bewertung von Verhalten: eine Einstufung als "noch normal" oder "nicht mehr normal" nach einem Bewertungsmaßstab.

Hier noch ein Hinweis zum oben angegebenen Anhaltspunkt b): Je betroffener ich selbst bin, desto weniger sehe ich meistens, daß mein Gegenüber hilfsbedürftig ist.

2.3 "Abstempeln" und die Folgen

Den anderen als hilfsbedürftig zu betrachten, birgt jedoch auch eine große Gefahr. (Bitte lesen Sie die folgenden Absätze einmal so, als hätten Sie selbst nichts damit zu tun.)

Wenn man spürt, daß sich zwischenmenschliche Probleme entwickeln, so löst dieses oft Hilflosigkeit bei allen Beteiligten aus. Diese Hilflosigkeit kann man dadurch beseitigen, daß man den anderen im weiteren als "Problemfall", "psychisch krank", "gestört", sogar als "nicht normal" oder "verrückt" betrachtet. Alle Beobachtungen sind dann getragen von dieser "nicht-verhaltensorientierten" Verallgemeinerung.

Wenn ich den anderen als Problemfall bezeichne, suche ich die Bedingungen für das Entstehen des Problem es nur noch beim anderen, nicht mehr bei mir selbst: Ich habe also indirekt einen Verantwortlichen gefunden und schließe damit aus, selbst an dem Problem beteiligt zu sein.

Solches "Helfer"-Verhalten kann den Betroffenen tatsächlich verrückt reagieren lassen, im wahrsten Sinne des Wortes "zum Wahnsinn" treiben. Dann erst recht bietet der Bewohner Anzeichen dafür, ein Problemfall zu sein.

Der Urteiler distanzziert sich also dadurch, daß er den

anderen als Problemfall sieht. Häufig distanziert er sich sogar deshalb, nimmt deshalb nicht mehr teil am Leiden des anderen, weil er selbst dieses Leiden der alten Menschen schlecht ertragen kann. Solches "Abstempeln" ist daher dann für ihn hilfreich, weil es klärend wirkt; er drängt den anderen in die Krankenrolle und hat dadurch das klare Rollenverständnis wieder hergestellt, das seiner Arbeit zugrunde liegt: auf der einen Seite der Pfleger - auf der anderen Seite der problematische oder kranke Bewohner.

2.4 Weitere Fehlerquellen bei der Beobachtung

Als wichtiger Beobachtungsfehler wurde oben die 'unzulässige Verallgemeinerung' dargestellt. Im folgenden werden vier weitere Fehlerquellen beschrieben, die allgemein bei der Beobachtung komplizierter und vielschichtiger Sachverhalte entstehen.

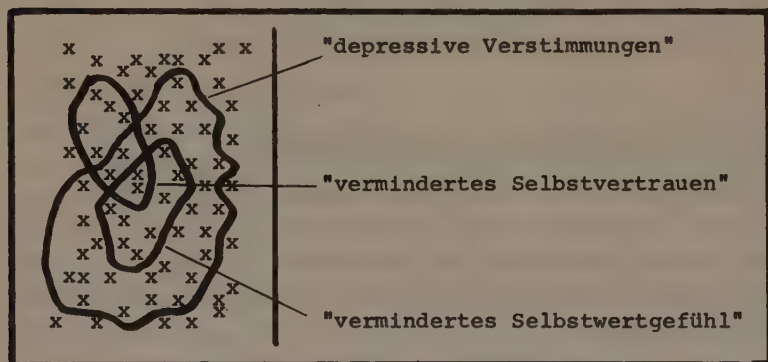
Wichtige Fehlerquellen bei dem Umgang mit dem Notsignal-"Katalog" liegen in folgenden vier Punkten.

- a) Die aufgezählten Verhaltens- und Erlebensweisen sind nicht zu verwechseln mit einer vollständigen Beschreibung der psychologischen Problembereiche*. So fehlen bei dem Punkt der "depressiven Verstimmungen" z.B. einige Umweltbedingungen, einige wichtige Gedanken, die depressive Menschen häufig haben oder Angaben über die Ursache und den Verlauf solcher Störungen.

Wenn also der "Katalog" trotz der Ausführlichkeit unvollständig und unsystematisch ist, so ist damit auch notgedrungen Ihre Beurteilung unvollständig, wenn Sie sich auf ihn stützen.

* Der Begriff "psychische Krankheit" wurde in diesem Heft bewußt nicht gebraucht, um darauf hinzuweisen, daß hier nicht vom medizinischen Krankheitsmodell sondern vom sozialen Krankheitsmodell ausgegangen wird.

Nichtsdestoweniger gibt der "Katalog" wichtige Hinweise auf die Problembereiche. Der "Katalog" ermöglicht also keine Diagnose. Vielmehr soll er Ihnen helfen, Verhaltens- und Erlebensweisen der Bewohner genauer und in einem anderen Zusammenhang zu sehen.



Nehmen wir an, jedes Kreuz würde eine einzelne Verhaltensweise darstellen, so wie sie im Notsignal-"Katalog" aufgereiht sind. Die drei Kreise kennzeichnen dann drei Mengen von Verhaltensweisen ("Klumpen") oder anders: eine Ansammlung von typischen Verhaltens- und Erlebensweisen für einen bestimmten Problembereich.

- b) In der Abbildung findet man eine große Menge und zwei ineinander verschränkte Teilmengen. Der Begriff "depressive Verstimmungen" dient in diesem Beispiel als Oberbegriff für die beiden Teilmengen "vermindertes Selbstvertrauen" und "vermindertes Selbstwertgefühl".

Die Abbildung macht deutlich, daß "depressive Verstimmungen" wesentlich gekennzeichnet sind durch ein "vermindertes Selbstvertrauen". Das heißt aber nicht, daß immer dann, wenn jemand wenig Selbstvertrauen hat, er gleichzeitig auch depressiv ist. Dieses wird in der Ab-

bildung dadurch ausgedrückt, daß die Teilmengen auch in andere Problembereiche hineinragen. Allgemein liegt hier die Schwierigkeit in der Frage, ob eine Verhaltensweise eher zu diesem oder jenem Problembereich gehört. Auf Grund dieser Schwierigkeit werden leicht falsche Zuordnungen getroffen.

- c) Ein weiterer Zuordnungsfehler tritt häufig auf. Hierzu ein Beispiel: Eine Bewohnerin, die regelmäßig ein Handtuch vor ihr Schlüsselloch hängt, mag berechtigtes Mißtrauen gegen jemanden hegen, der schon einmal hindurchgesehen hat. Andererseits mag dieses noch nicht vorgefallen sein, so daß man geneigt ist, eine bestimmte Angst oder gar einen Wahn hinter diesem Verhalten zu vermuten.

Entscheidend ist, daß die gleiche Verhaltensweise verschiedene Ursachen haben kann. Diese Tatsache führt besonders dann zu Fehldeutungen, wenn man nur geringe Beobachtungsausschnitte hat. Durch fortlaufende und systematischere Beobachtung bekommen Sie ein genaueres Bild von Ihren Bewohnern und können deshalb angemessener beobachten.

- d) Eine vierte Fehlerquelle liegt in der sogenannten "sich-selbst-erfüllenden-Vorhersage". Angenommen, Sie haben die grobe Vermutung, daß eine Person zu Alkoholsucht neigt. Nicht nur würde Ihnen jedes Gläschen Schnaps eher auffallen als bei anderen Personen, sondern Sie würden jedes Gläschen auch als Bestätigung Ihrer groben Vermutung werten. Ihre Vorhersage "erfüllt" sich so ständig. Ein weiteres Beispiel: Sie glauben, daß jemand zu depressivem Verhalten neigt. Jede Äußerung von Unlust, die Sie bei anderen Personen vielleicht akzeptieren würden, erscheint Ihnen dann als Anzeichen für "depressives Verhalten" und wiederum als Bestätigung Ihrer Vermutung.

Diese Fehlerquelle läßt sich am ehesten dadurch ausschalten, daß man viele Verhaltensanzeichen sammelt, bevor man sie zu einem Gesamteindruck verschmilzt und sich so ein grobes Urteil bildet.

Ein paar Worte noch zu dem Zusammenhang dazwischen, wie man einen Menschen sieht und wie man sich ihm gegenüber verhält.

Viele von Ihnen trauen sich ein Urteil über einen Bewohner nicht zu. Dieses hat seine Ursache zum großen Teil darin, daß ein Urteil wegen der oben angegebenen Fehlerquellen falsch, unangemessen sein kann. "Lieber gar kein Urteil, als ein falsches Urteil" heißt die Einstellung, die dahinter steht. Diese Einstellung ist auch berechtigt.

Und dennoch: Auch derjenige, der sein Urteil oder seinen Eindruck nicht öffentlich macht, handelt entsprechend seines Eindruckes. Auf irgendeine Art und Weise macht sich jeder ein Bild vom Gegenüber und dieses Bild bestimmt, wie man sich dem anderen gegenüber verhält.

2.5 Hinweise für die systematischere Verhaltensbeobachtung

Bisher wurde dargestellt, daß die Beobachtung von psychosozialen Problemen möglichst verhaltensorientiert sein sollte. D.h., sie soll sich auf direkt Sichtbares und Zählbares beziehen.

Folgende Fragen sind u.a. zu beantworten, wenn problematisches Verhalten und Erleben systematisch und daher gültiger beobachtet werden soll.

1. Um welche Verhaltens- und Erlebensweisen genau handelt es sich?
2. Für wen sind die Verhaltensweisen problematisch?
3. Wie häufig tritt das problematische Verhalten und Erleben auf?
4. Von welcher Intensität ist es?
5. Was geht dem problematischen Verhalten voraus und was folgt ihm?
6. Gibt es bestimmte Zeiten, wann die Probleme auftreten?

7. Gibt es systematische Schwankungen, d.h. treten sie manchmal häufiger auf und manchmal seltener?
8. Ist das Auftreten des Problems abhängig von Personen? ("bei mir hat er sich nie so gegeben...")
9. Tritt das problematische Verhalten und Erleben nur in einer bestimmten Situation auf oder über mehrere Situationen hinweg?
10. Sind die jetzigen Probleme früher schon einmal aufgetreten, wenn ja, unter welchen Bedingungen? Welches waren wichtige frühere Probleme, aus denen die jetzt sichtbaren vielleicht entstanden sind usw.

Aus den Antworten wird auf den Schweregrad der Störung geschlossen. Diese Fragen sollten Sie sehr zurückhaltend in der Beurteilung psychischer Störungen machen. Vor allem Fachbegriffe sollten Sie sehr vorsichtig gebrauchen - und dieses vor allem wegen der oben beschriebenen Gefahr des "Abstempelns".

Anteilnehmende, von echtem Interesse getragene Beobachtungen, kränken den Bewohner nicht. Krank macht hingegen der Pflegende, der nicht vertrauensvoll mit seinen Beobachtungen umgeht. Der Bewohner erfährt, daß er sich nicht mehr gefahrlos öffnen kann, weil über ihn geredet wird. Sich nicht öffnen zu können ist aber eine der vielen sozialen "Krankmacher".

Sprechen Sie daher nur mit denjenigen Personen über Ihre Beobachtungen, die sich als zuverlässig und diskret erwiesen haben.

Es ist vorsichtiger und richtiger, wenn Sie Ihre Verhaltensbeobachtungen als vorläufig und abhängig von Situationen betrachten. Urteile über die ganze Person, und das heißt über die Persönlichkeit des Bewohners, sollten Sie möglichst ver-

meiden. Es ist ratsam, allgemein kritisch gegenüber solchen Urteilen zu sein, egal von welcher Autoritätsperson sie getroffen werden. Solche Urteile sind oft unangemessen: Sie beachten häufig nicht die Vielfalt und Entwicklungsmöglichkeit desjenigen Menschen, der vor Ihnen steht.

3. DER NOTSIGNAL-"KATALOG":

Hinweise auf behandlungs- und betreuungsbedürftige psychische Probleme von Altenheimbewohnern.

Der folgende "Katalog" enthält eine Auflistung von Verhaltensweisen und Gefühlen, die allesamt als ein Appell gelten können, mitmenschliche Hilfe und Solidarität zu bekommen. Die Notsignale zeigen dabei sowohl leichtere als auch schwere psychische und/oder soziale Probleme an.

Wenn Sie den "Katalog" gebrauchen, indem Sie die auffälligen Notsignale ankreuzen, benutzen Sie die dritte Spalte "keine Angabe möglich" so selten wie möglich. Beachten Sie aber die im 2. Kapitel genannten Fehlerquellen: Treffen Sie lieber garkein Urteil als ein ungültiges.

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Allgemeines</u>			
- der Bewohner schellt häufig wegen Nichtigkeiten oder ohne ersichtlichen Grund	—	—	—
- er hat Angst zu schellen	—	—	—
- er weint oft	—	—	—
- er schämt sich, geweint zu haben	—	—	—
- er wirkt oft bedrückt	—	—	—
- versucht zu vertuschen, daß ihn etwas bedrückt und belastet (übertönt es, lenkt offensichtlich ab, bagatellisiert usw.)	—	—	—
- will immer wieder schlafen oder ins Bett gehen (besonders vor bevorstehenden Anforderungen und Konflikten)	—	—	—
- fantasiert nachts laut	—	—	—
- hat öfter schlechte Träume; auch Angstträume	—	—	—
- Zähne knirschen	—	—	—
- seine Stimmungen wechseln rasch (heiter - traurig; unternehmungslustig - gelähmt; usw.)	—	—	—
- der Bewohner ist manchmal aus unersichtlichem Grund erregt	—	—	—
- er verhält sich häufiger kindlich	—	—	—
- sein körperlicher Zustand ist um ein vielfaches schlechter als seine geistige Verfassung (körperlich sehr schwach; geistig sehr aufmerksam)	—	—	—
- ängstliche Unruhe	—	—	—
- er ist öfter überaktiv (kann sich keine Ruhe verschaffen)	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Weitere allgemeine Informationen zur Lebenssituation</u>			
- im vergangenen Halbjahr ist eine nahe Bezugsperson gestorben	—	—	—
- der Bewohner bekommt selten oder nie Besuch	—	—	—
- er hat im letzten Halbjahr einen Schock erlitten	—	—	—
<u>Anzeichen für eventuelle psychosomatische Beschwerden/vegetative Störungen</u>			
- er ist oft schnell erschöpft	—	—	—
- ständige Müdigkeit; Mattigkeit	—	—	—
- allgemeine Schwäche der Muskulatur	—	—	—
- gelegentliche Schwindelgefühle; Schwarzwerden vor den Augen	—	—	—
- gelegentliches Ohrensausen	—	—	—
- hartnäckige Kopfschmerzen	—	—	—
- er hat manchmal massive Herzbeschwerden	—	—	—
- gelegentliche Magenbeschwerden; Magengeschwüre	—	—	—
- häufige Gehstörungen	—	—	—
- zeitweise stärkerer Appetitverlust (evtl. mit Gewichtsverlust)	—	—	—
- gelegentliche oder häufige Kälteempfindungen (kalte Füße usw.)	—	—	—
- gelegentliches oder häufiges "Ameisenlaufen" (kribbeln an Füßen, Händen, Kopf)	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- gelegentliches oder häufiges Einkoten	—	—	—
- gelegentliches oder häufiges Bettnässen	—	—	—
- häufige Atembeschwerden	—	—	—
- Schlafstörungen (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen; lange Schlaflosigkeit; unruhiger Schlaf)	—	—	—
- gelegentliche oder dauernde Verdauungsstörungen	—	—	—
- häufigeres Unwohlsein; Übelkeit	—	—	—
- gelegentliches Erbrechen	—	—	—
- häufigere Kreislaufstörungen	—	—	—
<u>Weitere mögliche Körperreaktionen auf psychische Probleme (z.B. Angst, Unsicherheit usw.)</u>			
Treten die folgenden Reaktionen gelegentlich oder auch über längere Zeit andauernd auf?			
- allgemeine Anspannung	—	—	—
- Gefühl der inneren Verkrampfung	—	—	—
- nervöse Unruhe (mit den Fingern spielen oder trommeln; mit den Füßen wippen; Hin- und herwälzen; nicht Stillsitzen können)	—	—	—
- Spannungszustände ("steifer Nacken"; "schwere Glieder"; auch: Unbeweglichkeit in der Bewegungskoordination)	—	—	—
- Herzjagen, Herzstiche, starkes Herzklopfen, Mißempfinden in der Herzgegend	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- Panikgefühle	—	—	—
- Hitzewallungen/Schweißausbrüche	—	—	—
- starke Druckgefühle im Kopf; "erhitzen" des Kopfes	—	—	—
- flaves Gefühl im Magen; Druckgefühle im Magen	—	—	—
- Atem wird kürzer; tiefes Durchatmen	—	—	—
- gehäuftes Wasserlassen	—	—	—
- Durchfall	—	—	—
- Enge im Hals	—	—	—
- belegte Stimme, trockener Mund	—	—	—
- zittern in der Stimme, sich versprechen, stammeln	—	—	—
- zittern der Hände, der Gliedmaßen; flattern	—	—	—
- feuchte Hände	—	—	—
<u>Körperliche Gebrechlichkeit</u>			
- ist zeitweise oder ganz bettlägerig	—	—	—
- braucht meist Hilfe beim Esseneinnehmen (füttern)	—	—	—
- kann nicht ohne fremde Hilfe die Toilette aufsuchen	—	—	—
- kann nicht ohne Hilfe aufstehen und um- hergehen	—	—	—
- kann nicht ohne fremde Hilfe die Station verlassen; sich nicht ohne Hilfe inner- halb des Hauses bewegen	—	—	—
- benötigt Unterstützung durch menschliche Hilfe auch beim Bewegen im Bett	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- kann nicht ohne fremde Hilfe WC-Stuhl benutzen	—	—	—
- kann sich nicht ohne Hilfe waschen und Körperpflege betreiben	—	—	—
- kann sich nicht ohne Hilfe an- und ausziehen	—	—	—
- kann keine zwei Stockwerke hinauf- und wieder hinuntergehen	—	—	—
- ist nicht in der Lage, eine viertel Stunde spazieren zu gehen	—	—	—
<u>Medizinische Daten</u>			
- Blasen-Inkontinenz	—	—	—
- Stuhl-Inkontinenz	—	—	—
- benötigt Katheter	—	—	—
- der Bewohner leidet an einer schweren unheilbaren körperlichen Krankheit (Multiple Sklerose); chronische organische Beschwerden; Amputation eines Gliedmaßes usw.)	—	—	—
- die Lebenserwartung des Bewohners ist voraussichtlich nicht länger als sechs Monate	—	—	—
- weitere wichtige körperliche Krankheiten bitte ergänzen (vor allem chronische Krankheiten):			
.....			
.....			
.....			
.....			

trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
--------------	-----------------------	----------------------------

Medizinische Maßnahmen, (die kontinuierlich
seit mindestens einem Monat durchgeführt)

- bekommt mittelstarke oder starke Schlafmittel
- bekommt mittelstarke oder starke Beruhigungsmittel
- bekommt mittelstarke oder starke Stimmungsaufheller
- bekommt mittelstarke oder starke Schmerzmittel
- wurde oder wird manchmal angebunden durch Magnetgurte o.ä.

Allgemeine Zufriedenheit

- der Bewohner beschwert sich häufig; man kann ihm selten etwas recht machen
- er lacht sehr selten oder gar nicht
- hat häufig, überhöhte, in der Heimsituation nicht realisierbare Wünsche
- gelegentliche Anhäufung von Wünschen
- er "nörgelt" häufiger
- er kann es scheinbar schlecht ertragen, wenn andere lustig sind
- er schimpft immer wieder auf das Essen oder ist häufig sehr unzufrieden damit

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Gereiztheit, Abwehr und aggressives Verhalten</u>			
- macht öfter zynischer oder spöttische Bemerkungen	—	—	—
- macht öfter giftige oder verletzende Bemerkungen	—	—	—
- macht anderen öfter Vorwürfe (gibt ihnen die Schuld; macht andere für etwas verantwortlich)	—	—	—
- beschimpft oder beschuldigt andere häufiger	—	—	—
- es kommt gelegentlich zu kleinen Handgreiflichkeiten	—	—	—
- es kommt gelegentlich zu größeren Angriffen gegen Personen	—	—	—
- flucht häufiger (heimlich oder laut)	—	—	—
- es kommt gelegentlich zum Türenknallen	—	—	—
- manchmal bemerkt man ein "trotziges Murren"	—	—	—
- ist häufiger in Streit mit anderen Heimbewohnern, Schwestern oder Verwandten verwickelt	—	—	—
- macht andere manchmal für sein Leiden verantwortlich	—	—	—
- hat manchmal unerklärliche Wutausbrüche	—	—	—
- absichtliches Zerstören von Objekten	—	—	—
- hegt unbestimmte Rachedgedanken gegen die Umwelt	—	—	—
- hegt Rachegefühle; will es ihm oder "ihnen" zeigen	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Tendenz zur Unselbständigkeit</u>			
- sucht nicht selbst aus, was er anziehen will	—	—	—
- nimmt von sich ausselten Kontakte zu anderen auf	—	—	—
- geht nicht allein aus dem Haus, in die Stadt oder ähnliches, obwohl er es könnte	—	—	—
- läuft nicht mehr allein, obwohl er es könnte	—	—	—
- möchte Hilfe beim Essen, obwohl er es allein könnte	—	—	—
- zieht sich nicht selbst an, obwohl er es zum Teil selbst könnte	—	—	—
- kann sich nicht gut allein beschäftigen	—	—	—
- kommt mit täglichen Anforderungen häufig nicht zu recht	—	—	—
- kleidet sich so nachlässig, daß Mitbewohner sich daran stören	—	—	—
- betreibt von sich aus nur wenig Körperpflege obwohl Mitbewohner sich dadurch gestört fühlen	—	—	—
<u>Ängste</u>			
- der Bewohner hat manchmal Beklemmungs- und Befangenheitsgefühle; er wirkt manchmal stark gehemmt	—	—	—
- wird von plötzlichen Angstzuständen gepeinigt	—	—	—
- Verarmungsangst (Angst, der Fürsorge oder Verwandten zur Last zu fallen zusammen mit dem Gefühl schwindender Körperkräfte und Sicherheit)			

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- hat Angst, ins Krankenhaus oder in die Pflegestation zu kommen	—	—	—
- hat Angst, immer abhängiger und hilfloser zu werden	—	—	—
- hat Angst, einsam zu sein (zu werden)	—	—	—
- hat Angst vor unheilbarer Krankheit und Leiden	—	—	—
- hat Angst vor dem Sterben, dem Tod und dem Nachher	—	—	—
- hat ständige Angst, sich zu versündigen (Versündigungsangst/Versündigungswahn)	—	—	—
- hat Angst vor einschneidenden Veränderungen seiner Lebenssituation (z.B. daß ein neuer Bewohner in sein Zimmer kommt; daß er in ein Mehrbettzimmer verlegt werden müßte oder ähnliches)	—	—	—
- hat Angst, daß Mangelzustände aufgedeckt werden, die nur ihm bekannt sind	—	—	—
- hat Angst, als Alkoholiker erkannt zu werden (auch: Angst vor Ablehnung auf- grund von Fakten seiner Vergangenheit)	—	—	—
- ist manchmal sehr verzweifelt, quält sich mit sich selbst, ist hin und her gerissen; hat starke Konflikte	—	—	—
- er hat Angst, abends allein im Zimmer zu bleiben	—	—	—
<u>Entschlußlosigkeit/Längeweile/Passivität</u>			
- er hat manchmal sehr wenig Einfälle	—	—	—
- kann sich öfter nicht entscheiden, was er tun soll	—	—	—
- quält sich manchmal, ob er etwas tun soll oder nicht	—	—	—
- langweilt sich oft	—	—	—
- ist oft müde und abgeschlagen	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- wirkt Dingen und Personen gegenüber häufig gleichgültig und uninteressiert	—	—	—
- verhält sich teilnahmslos, läßt sich nur sehr schwer begeistern	—	—	—
- setzt sich scheinbar keine Ziele; hat selten etwas vor; tut nur wenig von sich aus	—	—	—
- hat wenig Interessen und Hobbys	—	—	—
- führt insgesamt nur wenige sinnvolle Tätigkeiten aus (z.B. liest nicht, beschäftigt sich nicht usw.)	—	—	—
- verhält sich apathisch; reagiert gelegentlich auch auf Ansprechen nicht	—	—	—
- reagiert auch auf Körperkontakt manchmal nicht	—	—	—
- läßt das Lebensnotwendige mit sich und an sich geschehen	—	—	—
<u>EBverhalten</u>			
- er muß Diät einhalten	—	—	—
- häufige Diätverstöße	—	—	—
- er ist übergewichtig	—	—	—
- er hat häufig starke Lust zu essen	—	—	—
- er muß zum Essen überredet oder gedrängt werden	—	—	—
- er ist sehr ungern allein	—	—	—
<u>Einsamkeit</u>			
- Der Bewohner spricht immer wieder von seiner Einsamkeit	—	—	—
- er ist sehr traurig, wenn der Besuch weggeht	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- steht oft im Fenster und beobachtet, wer ein und aus geht	—	—	—
- ist sehr traurig, wenn er sieht, daß andere Besuch haben	—	—	—
- führt häufig Selbstgespräche	—	—	—
- bekommt sehr wenig Besuch und leidet darunter	—	—	—
- freut sich s e h r über Besuch - oft kann er es kaum abwarten	—	—	—
- kann es schwer ertragen, allein zu sein	—	—	—
- spricht andere häufig unter Vorwänden an, offensichtlich, um überhaupt mit jemanden zu sprechen	—	—	—
- vergleicht sich im Gespräch oft mit anderen und wird dann traurig	—	—	—
- weint häufiger, wenn er allein ist	—	—	—
- verlangt direkt oder indirekt Zuwendung	—	—	—
- er ist fast immer allein	—	—	—
- er unterhält sich selten mit anderen	—	—	—
- er grübelt oft	—	—	—
- ruft (nachts) nach nicht Anwesenden, nahe- stehenden Personen	—	—	—
- steht oft nachts auf und kommt zur Nacht- wache	—	—	—
- hat keinen Gesprächspartner, der ihn ver- steht	—	—	—
- hat offensichtlich das Gefühl, nicht Seinesgleichen zu finden	—	—	—
- verlangt oft nach dem Arzt oder Seel- sorger	—	—	—
- fühlt sich von allen verlassen	—	—	—
- fühlt sich bevormundet (als Nummer)	—	—	—
- fühlt sich oft unverstanden	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- fühlt sich besonders allein, nachdem er sich mal mit anderen getroffen hat (z.B. Kaffeekränzchen)	—	—	—
- er hat das Gefühl, "vergessen" worden zu sein	—	—	—
- behauptet, nicht einsam zu sein, obwohl viele Anzeichen dafür sprechen	—	—	—
<u>Abgelehnt werden</u>			
- wird von anderen gemieden (unter Umständen auch von Pflegekräften)	—	—	—
- hat keine oder nur sehr wenig Kontakte zur Außenwelt	—	—	—
- wird von anderen "übersehen"	—	—	—
- glaubt, übersehen zu werden	—	—	—
- wird bewußt zurückgesetzt, überhört und nicht anerkannt	—	—	—
- fühlt sich häufiger zurückgesetzt	—	—	—
- wird aus der Gemeinschaft der Bewohner ausgeschlossen (z.B. nicht eingeladen oder aufgefordert zu kommen)	—	—	—
- wird von Mitbewohnern oder Verwandten als Last oder Zumutung empfunden (z.B. auch wegen Körpergeruch oder ähnlichem)	—	—	—
- wird von anderen lächerlich gemacht, gilt nichts	—	—	—
- wird bewußt aus der Familie ausgeschlossen	—	—	—
- wird von anderen beschimpft oder abgewertet ("Ach der/die...")	—	—	—
- er fühlt sich abgeschoben	—	—	—

Verschlossenheit

- zieht sich von Veranstaltungen und Gruppen zurück
- spricht selten oder gar nicht mit anderen
- möchte oft allein sein
- öffnet sich bei Gesprächen selten oder gar nicht
- verhält sich insgesamt sehr still und äußert sich kaum von sich aus
- wenn man ihn auf persönliche Dinge anspricht, igelt er sich ein, verkriecht sich, zieht sich zurück wie in ein Schneckenhaus
- er sondert sich von anderen ab
- errichtet um sich herum eine Mauer auf; läßt nichts an sich herankommen
- verhält sich häufig ablehnend; kritisch
- wird sehr unsicher, wenn man auf ihn zugeht (z.B. wenn man ihn auf persönliche Dinge anspricht)
- nimmt Hilfe, Dienste oder Aufmerksamkeiten (z.B. Zigaretten) nicht an
- spricht wenig oder gar nicht von seinem Inneren/ seinen Erlebnissen
- spricht wenig oder gar nicht von sich selbst

trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
-----------	-----------------	----------------------

—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—

Selbstunsicherheit

- gibt leicht nach
- ist leicht verunsichert

—	—	—
—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- entschuldigt sich für vieles	—	—	—
- vermeidet es, Verantwortung zu übernehmen	—	—	—
- es ist ihm unangenehm, ein Lob zu bekommen	—	—	—
- er ist schüchtern	—	—	—
- er widerspricht selten	—	—	—
- er läßt sich leicht beeinflussen	—	—	—
- er hat das Gefühl, andere zu belästigen	—	—	—
- äußert offensichtlichen Ärger, Unmut nicht	—	—	—
- äußert selten Kritik	—	—	—
- kann sich öfter nicht entscheiden	—	—	—
- es ist ihm unangenehm, wenn er zu Dank verpflichtet ist	—	—	—
- wirkt verlegen, wenn er im Mittelpunkt des Interesses steht	—	—	—
- meidet notwendige, aber unangenehme Auseinandersetzungen	—	—	—
- verteidigt sich nicht, wenn er sich zu unrecht behandelt fühlt	—	—	—
- mag keine Hilfe in Anspruch nehmen	—	—	—
- läßt seine Entscheidungen schnell von anderen umwerfen	—	—	—
- äußert Ärger nicht, wenn er zu unrecht kritisiert wird	—	—	—
- bringt nichts mehr zustande, nachdem er kritisiert worden ist	—	—	—
- glaubt zuvorkommenden Leuten schnell	—	—	—
- fordert selten etwas, was seine Lage verbessern könnte	—	—	—
- ist gewöhnlich "still um des lieben Friedens willen"	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- bittet selten um einen Gefallen	—	—	—
- beschwert sich selten über etwas	—	—	—
- wagt kaum , eigene Wünsche zu äußern	—	—	—
- fühlt sich schnell hilflos	—	—	—
- ist schüchtern in Gegenwart des anderen Geschlechtes	—	—	—
- es ist ihm peinlich, wenn andere ihm Hilfe anbieten	—	—	—
- fühlt sich befangen oder ist verwirrt, wenn Autoritätspersonen (Heimleitung, Arzt oder Seelsorger) im Raum sind	—	—	—
- es ist ihm äußerst peinlich, zu spät gekommen zu sein	—	—	—
- sagt selten etwas Positives über andere	—	—	—
- wird verlegen, wenn ihm ein Kompliment gemacht wird	—	—	—
<u>Kontaktschwierigkeiten</u>			
- hat Hemmungen, andere anzusprechen	—	—	—
- beginnt selten ein Gespräch mit anderen (in verschiedenen Situationen)	—	—	—
- hat wenig Kontakt zu seinem Tischnachbarn	—	—	—
- sagt oft nichts, wenn er mit anderen zusammen ist	—	—	—
- wird verlegen, wenn man ihn anspricht	—	—	—
- wenn man ihn anspricht, spricht er lange ohne aufzuhören, spricht lauter, aufgeregter als sonst usw. (es ist dann schwer, ihn zu unterbrechen)	—	—	—
- kichert manchmal, nachdem er etwas sagt	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- besucht Mitbewohner nicht auf der Etage in deren Zimmer	—	—	—
- geht nicht in den Gemeinschaftsraum auf der Station	—	—	—
- besucht andere Personen in anderen Etagen nicht	—	—	—
- besucht den gemeinsamen Fernsehraum nicht	—	—	—
- beteiligt sich selten oder gar nicht an organisierten Gruppenveranstaltungen	—	—	—
- meidet allgemein Orte, wo viele Menschen sind	—	—	—
- mag keinen Besuch bekommen	—	—	—
- hat nur sehr selten oder noch nie jemanden eingeladen	—	—	—
- fühlt sich unwohl in größerer Gemeinschaft (z.B.: "Ich will nicht in den Speisesaal - bringen Sie's mir doch aufs Zimmer")	—	—	—
- verhält sich bei anderen eher dominierend/beherrschend	—	—	—
- verhält sich im Zusammensein mit anderen still, scheu und zurückhaltend (vor allem gegenüber Fremden)	—	—	—
- zieht sich nach einem Streit längere Zeit bedrückt zurück	—	—	—
<u>Vermindertes Selbstwertgefühl</u>			
- körperliche Behinderungen, Gebrechen und Eingeschränktheiten sind ihm vor anderen sehr unangenehm und peinlich; er möchte sie lieber überspielen	—	—	—
- fühlt sich nicht als vollwertiger Mensch	—	—	—
- fühlt sich von Schwestern, Mitbewohnern oder Verwandten übergangen und nicht ernst genommen	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- er hat das Gefühl, von niemandem gebraucht und anerkannt zu werden	—	—	—
- er hat ausgeprägte Schuldgefühle; macht sich selbst wiederholt Vorwürfe, etwas falsch gemacht zu haben	—	—	—
- er hat das Gefühl, überflüssig zu sein; nichts mehr zu gelten, nicht mehr wichtig zu sein	—	—	—
- fühlt sich wertlos, schämt sich wegen seiner Existenz	—	—	—
- hat das Gefühl, im Leben unerwünscht zu sein	—	—	—
- hat häufiger das Gefühl, versagt zu haben	—	—	—
- hat das Gefühl, unzulänglich zu sein	—	—	—
- zeigt "Reue", obwohl kein Grund bestünde	—	—	—
- schämt sich wegen seiner Angst und seiner Gefühle	—	—	—
- hat den Willen, sich zu bessern, empfindet aber eine große Unfähigkeit	—	—	—
- fühlt sich als Belastung für andere ("Ich bin nur eine Last"; "Ich mache Ihnen nur Arbeit")	—	—	—
- kann Abhängigkeit nicht ertragen	—	—	—
- wurde früher als ganze Person von anderen abgelehnt	—	—	—
- kann sich selbst nicht leiden	—	—	—
nur schlecht davon zu trennen:			
<u>Vermindertes Selbstvertrauen</u>			
- ist überzeugt, nichts zu können	—	—	—
- traut sich wenig zu und mutet sich wenig zu	—	—	—
- hat kein Zutrauen, Ziele zu erreichen	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- wertet sein Können und seine Fähigkeiten ab; unterbewertet sich	—	—	—
- hat Angst, Dinge in Angriff zu nehmen	—	—	—
- mag Dinge oder Personen nicht in Anspruch nehmen	—	—	—
- hat Angst, belächelt zu werden	—	—	—
- vergleicht seine Fähigkeiten mit denen Anderer und unterschätzt sie	—	—	—
- sagt oft "Das kann ich nicht"	—	—	—
- hat früher wenig Anerkennung und Bestätigung seiner Person erfahren	—	—	—
- fühlt sich anderen Menschen unterlegen	—	—	—
- fragt andere "Kann ich das wohl?"; "Ist das richtig so?"; "Meinst Du, daß ich das schaffe?" oder ähnliches	—	—	—
- verhält sich ängstlich und unruhig vor Anforderungen	—	—	—
- ist stark verunsichert, wenn ihm etwas nicht gelingt	—	—	—
<u>Erschütterung der Identität</u>			
- "schwärmt" von seinen früheren Fähigkeiten	—	—	—
- leidet unter seiner momentanen Unfähigkeit, kann sich nicht damit abfinden; auch: überfordert sich sehr stark	—	—	—
- sucht nach einer verstorbenen Person, die er kannte	—	—	—
- hält Verwandte zeitweise noch für lebend	—	—	—
- spricht den Namen von nichtanwesenden Nahestehenden vor sich hin	—	—	—
- verwechselt Personen mit nahestehenden Bezugspersonen, die nicht anwesend oder tot sind	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- leidet stark unter dem Verlust seiner körperlichen Leistungsfähigkeit	—	—	—
- leidet unter dem Verlust an einer verstorbenen Person	—	—	—
- wenn man ihn kränker einstuft als er ist, ist er erschüttert	—	—	—
<u>Depressive Verstimmungen</u>			
- "vermindertes Selbstwertgefühl" (siehe dort)			
- "vermindertes Selbstvertrauen" (siehe dort)			
- Entschlußlosigkeit, Langeweile, Passivität (siehe dort)			
- Vereinsamung (siehe dort)			
- wirkt oft schwermütig, bedrückt, traurig und niedergeschlagen - entmutigt	—	—	—
- hat die Freude an fast allem verloren, ihn befriedigt nichts mehr richtig	—	—	—
- hat Angst, die Zuneigung von anderen zu verlieren ("Wenn ich so bin, mag mich niemand mehr")	—	—	—
- hat scheinbar jegliche Heiterkeit verloren	—	—	—
- empfindet ein Gefühl der Leere und Aussichtslosigkeit	—	—	—
- hat insgesamt starke Verlustgefühle und grübelt beständig darüber nach	—	—	—
- äußert den Gedanken, tot zu sein	—	—	—
- er erwartet Negatives von sich selbst (z.B.: "Ich kann mich doch nicht ändern")	—	—	—
- er erwartet Negatives von seiner Umwelt (z.B.: "Andere können auch nicht für einen da sein.")	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- er erwartet Negatives von seiner Zukunft (z.B.: Sieht keine Möglichkeit mehr, in der Zukunft zufrieden zu sein.)	—	—	—
- hält sich selbst für schlecht, minderwertig und schuldig	—	—	—
- macht sich Vorwürfe, "alles falsch gemacht" zu haben.	—	—	—
- fühlt sich ausgeliefert, als Verlierer	—	—	—
- hat Angst, daß quälende deprimierende Gefühle wiederkommen, er machtlos ausgeliefert ist	—	—	—
- wenn er Erfolge hat, schreibt er sie nicht sich selbst, sondern dem Zufall, dem Schicksal oder der Macht anderer zu	—	—	—
- äußert sich resigniert und verbittert über Dinge und Personen ("Man kann ja doch nichts mehr mitmachen")	—	—	—
- hat das Gefühl, "im ganzen Leben" versagt zu haben	—	—	—
- beschäftigt sich übermäßig oft mit peinigenden, wahnhaften Ideen (z.B. krank zu werden, leiden zu müssen, von anderen abgelehnt zu werden, Dinge nie wieder gut machen zu können usw.)	—	—	—
- sagt häufig "immer", "alles", "nie" (verallgemeinert sehr stark)	—	—	—
- vermittelt, daß er die Einstellung hat: "Alles oder nichts"	—	—	—
- kann sich zu nichts richtig entschließen	—	—	—
- will vieles perfekt machen	—	—	—
- erlebt kleinste Handlungsschritte und Anforderungen als Überforderung	—	—	—
- entschuldigt sich direkt oder indirekt dafür, daß er Hilfe braucht	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- richtet häufig Hilferufe an andere	—	—	—
- klagt oft; sieht vieles negativ; wirkt gequält	—	—	—
- manchmal scheint es, als ob er durch negative Gedanken ein Zuhören zu erzwingen ersucht oder den Gesprächspartner erpresst; er klammert sich an jeden, der ihm zuhört	—	—	—
- er vermittelt das Gefühl, nur ihm ging es schlecht; kann nicht verstehen, wieso andere Menschen Spaß am Leben haben und am Leben bleiben wollen	—	—	—
- er sagt, man könne ihm nicht helfen	—	—	—
- vermittelt das Gefühl, ihn überfordert zu haben	—	—	—
- vergewissert sich stark, ob man für ihn da ist	—	—	—
- lehnt Hilfe ab, die Veränderungen im Verhalten zur Konsequenz hätte	—	—	—
- Appetitlosigkeit	—	—	—
- Ermüdbarkeit	—	—	—
- unbestimmbare Organbeschwerden	—	—	—
- Verdauungsstörungen	—	—	—
- extrem verlangsamte Reaktionen, zögerndes, "schweres" Sprechen	—	—	—
- Mimik und Ausdruck wirken häufig "verloren"	—	—	—
<u>Selbstmordgefährdung</u>			
- "starke Vereinsamung" (siehe dort)			
- Ausgestoßensein/ abgelehnt werden (siehe dort)			
- "depressive Verstimmungen", vor allen zu Beginn und zu Ende depressiver Phasen (siehe dort)			

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- "Vermindertes Selbstwertgefühl" (siehe dort)			
- Tod einer nahestehenden Person im ver- gangenen Halbjahr	—	—	—
- hat starke Angst vor unheilbarer Krank- heit	—	—	—
- hat ausgeprägte Angst vor der Hilflosig- keit im Alter	—	—	—
- zerrüttete Familienverhältnisse während der Kindheit	—	—	—
- hat nur wenige engere Beziehungen zu anderen Menschen	—	—	—
- hat eine nahestehende Person verloren (ist enttäuscht worden; Trennung nach Streit oder ähnlichem)	—	—	—
- hat mangelnde Kontaktmöglichkeit zu anderen Menschen (z.B. bettlägerig im Einzelzimmer)	—	—	—
- hat finanzielle Sorgen	—	—	—
- ihm fehlt ein Aufgabenbereich	—	—	—
- Vorkommen von Selbstmordversuchen bei Bezugspersonen (Familie, Freunde) oder in der näheren Umgebung (im Heim, in der Nachbarschaft oder auch bekannte Perso- nen aus der Öffentlichkeit)	—	—	—
- der Heimbewohner hat früher schon einmal Selbstmordversuche unternommen	—	—	—
- der Heimbewohner hat schon einmal direkt oder indirekt mit Selbstmord gedroht	—	—	—
- er hat konkrete Vorstellungen über die Art der Durchführung und Vorbereitungs- handlungen zu einem Selbstmord geäußert	—	—	—
- der Patient spricht von einer "unheimlichen Ruhe" (nachdem er dem Entschluß näher ge- kommen ist)	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- er hat starke Träume mit den Themen Selbstvernichtung, Sturz oder Katastrophen	—	—	—
- er äußert Gedanken wie: "Ich will meine Ruhe haben, nicht denken und nicht leiden müssen"	—	—	—
- unterdrückt Gefühle der Ablehnung und Aggression (z.B. ärgert sich sehr über andere, will dieses Gefühl aber nicht wahrhaben)	—	—	—
- hat langandauernde Schlafstörungen	—	—	—
- macht bittere Äußerungen über die Aus- sichtslosigkeit des Lebens	—	—	—
- hat starke Wut auf andere Personen, die dieses Gefühl jedoch übergehen	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Sehnsucht nach Vertrautem</u>			
- spricht wehmütig und sehnsüchtig von früherem zu Hause	—	—	—
- beschönigt sein früheres zu Hause; erzählt davon "in rosigen Farben"	—	—	—
- hat wiederholt unrealistische Wünsche in bezug auf seine Wohnsituation	—	—	—
- ist traurig, wenn er seine Familie sieht, weil er sich dann offensichtlich an seine Vergangenheit erinnert fühlt	—	—	—
- hat immer noch Hoffnung, daß er nach Hause kommt, obwohl eine Rückkehr praktisch unmöglich ist	—	—	—
- der Bewohner möchte seine alte Wohnung nicht auflösen	—	—	—
- er erkundigt sich immer wieder nach Fahrgelegenheiten zu seiner alten Wohnung	—	—	—
- er spricht manchmal mit dem verstorbenen Ehepartner auf dem Bild	—	—	—
- er spricht mit Personen, die nicht anwesend sind und hat zusätzlich eine Situation geschaffen. (z.B. er hat 4 Tassen gedeckt und brüht heißen Kaffee auf)	—	—	—
- seit längerer Zeit besucht er Verstorbene fast täglich auf dem Friedhof	—	—	—
<u>Starke Ängste in einzelnen Situationen</u>			
begleitet von massiven Körperreaktionen (s. oben)	—	—	—
a) Starke Angst vor Behandlungen			
- Angst vor Spritzen	—	—	—
- " vor einem Katheter	—	—	—
- " vor Lifter	—	—	—
- " vor Rollstuhl	—	—	—
- " vor Gymnastik/Bewegungsübungen	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- Angst vor Badewanne/Baden	—	—	—
- " vor medizinischen Untersuchungen	—	—	—
b) Ängste in verschiedenen Situationen			
- Angst oder starkes Unwohlsein vor dem Aufzug	—	—	—
- vor der Treppe	—	—	—
- vor kleinen Räumen	—	—	—
- vor großen Räumen	—	—	—
- viele Leute und Gedränge	—	—	—
- Angst, allein über einen großen Platz zu gehen	—	—	—
- große Angst, über die Straße zu gehen (vermeidet es ganz und gar)	—	—	—
- Angst, am Wasser entlang zu gehen	—	—	—
- vor Dunkelheit	—	—	—
- vor Gewitter	—	—	—
- vor weißen Kitteln	—	—	—
- vor Messern und scharfen Gegenständen	—	—	—
- vor bestimmten Tieren z.B. Hunden, Schlangen, Spinnen, Käfern usw.	—	—	—
<u>Süchte</u>			
- der Bewohner ist medikamentenabhängig (Beurteilung des Arztes)	—	—	—
Der Bewohner/die Bewohnerin ist alkoholabhängig:			
a) Vorstufe			
- hat Erinnerungslücken nach einem Alkoholrausch	—	—	—
- trinkt heimlich	—	—	—
- muß dauernd an Alkohol denken (Sorge um Vorrat)	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- stürzt die ersten Gläser gierig hin- unter	—	—	—
- vermeidet Anspielungen auf das Thema Alkohol	—	—	—
- hat beim Trinken Schuldgefühle	—	—	—
b) Kritische Stufe			
- verliert schon kurz nach Beginn des Trinkens die Kontrolle über sich	—	—	—
- hat für das Trinken eine Ausrede	—	—	—
- wird manchmal ungewöhnlich aggressiv	—	—	—
- ist nach fast jedem Alkoholgenuß sehr stark zerknirscht	—	—	—
- versucht vergeblich, auf Alkohol zu verzichten	—	—	—
- meidet andere Bewohner	—	—	—
- bemitleidet sich häufiger	—	—	—
- hat das Bestreben, einen Alkoholvor- rat anzulegen	—	—	—
- kümmert sich kaum um geregelte Mahl- zeiten	—	—	—
- hat mehrere körperliche Beschwerden	—	—	—
- trinkt gewöhnlich schon früh am Morgen	—	—	—
c) Einige Anzeichen für die chronische Stufe			
- ist im Alkoholrausch schweren Ängsten unterworfen	—	—	—
- zittert stark nach oder während des Trinkens	—	—	—
- denkt, daß er ohne Hilfe nicht mehr weiterkommen kann	—	—	—
- hat schon einmal Haarwasser, Einreibe- mittel oder Brennspiritus getrunken, als keine normalen alkoholischen Ge- tränke mehr im Haus verfügbar waren	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Anzeichen für Zwangsverhalten</u>			
- der Bewohner kontrolliert sehr häufig irgend etwas wie z.B., ob das Fenster oder die Türen geschlossen sind; ob der Gashahn abgedreht ist; ob das Wasser zugedreht ist; elektrische Geräte abgestellt sind o.ä.	—	—	—
- er wäscht sich immer wieder die Hände	—	—	—
- er sammelt bestimmte Gegenstände der gleichen Sorte (z.B. hortet Handtücher, Becher o.ä.)	—	—	—
- den Bewohner überkommt manchmal eine ängstliche Unruhe	—	—	—
- er hat Angst oder Scheu vor Feuer, Kerzen	—	—	—
- er hat Angst oder Scheu vor elektrischen Geräten (z.B. Radio, Tauchsieder, Lampen, Haartrockner, Staubsauger usw.)	—	—	—
- er hat Angst oder Scheu vor allem, was mit Medikamenten in Berührung gekommen ist	—	—	—
- er mag Türklinken, Lichtschalter, Griffe und ähnliches nicht anfassen;	—	—	—
- er hat Scheu oder offensichtlich unangenehme Gefühle bei schmutziger Wäsche, Bettwäsche, benutzten Handtüchern, auf der Toilette und in deren Umgebung	—	—	—
- er lehnt Dinge, in denen Schimmel sein könnte, kategorisch ab (z.B. Brot mit weißen Stellen), Käse mit Schimmel (Weichkäse), Obst (mit kleinen braunen Stellen), Blumen, Blätter, Abfalleimer usw.)	—	—	—
<u>"Ticks"</u>			
- er macht wiederholt "unsinnige Bewegungen" (z.B. mit dem Kopf nicken, Handbewegungen usw.)	—	—	—
- er macht ständig Bewegungen am Mund (auf den Lippen kauen, lecken, mit der Zunge schnalzen oder schlucken)	—	—	—
- er zupft sich ständig an den Augenbrauen	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Anzeichen für Wahnvorstellungen und Ängste, die damit zusammenhängen</u>			
- Angst vor Ungeziefer (Käfern, Ameisen, Flöhen, Milben usw.)	—	—	—
- starker Juckreiz bei der Vorstellung von Ungeziefer	—	—	—
- Angst, verfolgt zu werden von Menschen (z.B. von Männern, Verbrechern, der Polizei, von Kommunisten, bestimmten Personen, Erbschleichern oder ähnliches) oder bestimmten Wesen (z.B. Hexen u.ä.)	—	—	—
- vermutet unter und über sich Räume, "aus denen sie kommen werden" - oder Vergleichbares -	—	—	—
- hat wiederholt die Angst, bestohlen und bedroht zu werden ("Da sind Diebe - ich will nicht ins Bett"; "Ich muß aufpassen, ob die Diebe kommen" oder ähnliches)	—	—	—
- verdächtigt häufiger bestimmte Personen, ihn bestohlen zu haben oder bestehlen zu wollen	—	—	—
- der Bewohner hält sich manchmal für eine bedeutende Persönlichkeit	—	—	—
- er hört manchmal Stimmen ("Hören Sie das nicht?")	—	—	—
- er ist überzeugt, es sei ein Mann im Zimmer, unter oder im Bett, im Schrank; jemand habe sich dort versteckt	—	—	—
- er hat Angst, vergiftet zu werden	—	—	—
- er hat manchmal das Gefühl, durch eine Kamera bedroht zu werden; oder jemand beobachte ihn ständig oder wisse alles	—	—	—
- er glaubt manchmal, Zeuge von Brutaltäten oder Orgien gewesen zu sein	—	—	—
- der Bewohner hat manchmal Trugwahrnehmungen (verwechselt z.B. einen Baum mit Figuren, Schatten mit Gespenstern usw)	—	—	—
- er verhängt das Schlüsselloch meistens	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- er versucht häufiger, auf sich aufmerksam zu machen (häufiges Schellen; verlangt den Arzt, der aber nicht kommt usw.)	—	—	—
- hat häufig das Gefühl, benachteiligt zu werden	—	—	—
- er fühlt sich sehr stark als Kranker und Gebrechlicher	—	—	—
- er betont immer wieder, daß er nicht so gesund ist, nicht mehr so gut kann und leidet darunter	—	—	—
- er hat resigniert aufgegeben, positiv mit seiner Krankheit umgehen zu können	—	—	—
- er verharmlost seine körperliche Krankheit, bagatellisiert seine Beschwerden ("Ist ja nur...", "Ach, das wird schon wieder..." usw.)	—	—	—
- er überfordert seine Körperkräfte gelegentlich; traut sich zu viel zu	—	—	—
- er hält sich so gut wie gar nicht an medizinischen Rat (z.B. Gewicht abzunehmen)	—	—	—
- spricht oft davon, wie seine frühere körperliche Verfassung war und wie sie jetzt ist; spricht häufig von seinen früheren Körperleistungen	—	—	—
- seine Behinderungen und Eingeschränktheiten sind ihm vor anderen sichtlich peinlich (z.B. lispeln, Ausspracheschwierigkeiten, Schwerhörigkeit u.a.)	—	—	—
- durch eine körperliche Beeinträchtigung kann der Bewohner Dinge, die er früher besonders gerne getan hat, nicht mehr tun (z.B. Gehstörungen - Spaziergehen; Schwerhörigkeit - Musikliebhaber; auch rauchen; Süßigkeiten essen bei Alterszucker usw.)	—	—	—
- er hat durch seine Behinderung neue Ängste entwickelt (z.B.: nach einem Beinbruch ist er noch immer übervorsichtig)	—	—	—
- der Bewohner hat starke Angst vor der Verschlimmerung seines Zustandes	—	—	—
- er spricht oft davon, daß er bestimmte Dinge nicht mehr können wird (z.B. laufen, lesen, sich erinnern usw.)	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- er hatte schon einmal Träume mit dem Thema Gebrechen, Verlust, Sturz, Verwesung	—	—	—
<u>Auseinandersetzung mit Leiden und Sterben</u>			
- der Bewohner hat Angst vor bestimmten Krankheiten (z.B. Krebs, Tuberkulose usw.)	—	—	—
- er hat Angst davor, einmal operiert werden zu müssen (z.B. Amputation, Organoperation oder ähnliches)	—	—	—
- er hat Angst davor, leiden zu müssen; Angst vor Siechtum	—	—	—
- er hat die starke Befürchtung, geistig-seelisch krank zu werden	—	—	—
- der Bewohner weint oft, auch ohne unmittelbaren ersichtlichen Anlaß	—	—	—
- der Bewohner spricht sehr häufig über die Art und Weise des Sterbens und den Tod von a n d e r e n Personen	—	—	—
- der Bewohner spricht wiederholt über seinen eigenen Tod, über seine Beerdigung, über sein Sterben und wie er sich dieses vorstellt	—	—	—
- er wünscht sich, noch nicht sterben zu müssen	—	—	—
- er hat abends oft Angst, einzuschlafen	—	—	—
- er äußert immer wieder die Vorstellung, tot zu sein	—	—	—
- er äußert immer wieder den Wunsch, tot zu sein ("Ich will nicht mehr..."; "Wenn der Herrgott mich doch bald holen würde...." usw.)	—	—	—
- er richtet den Wunsch der Sterbehilfe an die Pflegenden (bittet die Pflegenden um Medikamente, eine "Todes-spritze" oder fleht darum, man möge weitere Behandlungen einstellen)	—	—	—
- er hat manchmal eine verzweifelte Wut auf andere im Sinne von: "Warum gerade ich, warum nicht ein anderer...?!!"	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Interessen der Bewohner, die die tägliche Pflege erschweren oder verhindern</u>			
- dem Bewohner ist die Intimpflege sehr unangenehm	—	—	—
- er will auf keinen Fall - auch nicht in Zeiten mit weniger Personal - von bestimmten Personen gepflegt werden (z.B. den jüngeren Kolleginnen, einer bestimmten Kollegin usw.)	—	—	—
- der Bewohner ist manchmal sehr unzufrieden mit Bewegungen, die die Pflegeperson macht	—	—	—
- manchmal verweigert er Pflegehandlungen ganz und gar	—	—	—
- Unsauberkeit: der Bewohner muß immer wieder zur Körperpflege, zum Handtuchwechsel, zum Wechsel der Kleidung o.ä. angehalten werden	—	—	—
- er läßt niemanden an seine Sachen, obwohl er selbst alltägliche Erledigungen nicht mehr leisten kann	—	—	—
- er will nicht, daß die Bettwäsche gewechselt wird	—	—	—
- er will nicht, daß seine Wäsche von der Wäscherei gewaschen wird	—	—	—
- er will nicht, daß jemand in seinem Zimmer putzt	—	—	—
- er ist sehr aufgebracht, wenn man aus Versehen Dinge woanders hingestellt hat	—	—	—
- der Umgang mit dem Bewohner ist vergleichsweise sehr schwierig:			
- beim Zubettgehen	—	—	—
- beim Essen (füttern)	—	—	—
- beim Laufen	—	—	—
- beim Gang zur Toilette	—	—	—
- beim Waschen	—	—	—
- bei bestimmten Behandlungen (z.B. Spritzen, Katheter, Baden, Lifter usw.)	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
- es kommt häufig zu Auseinander- setzungen zwischen dem Bewohner und Mitbewohnern (Anlässe z.B. Fenster- öffnen, schnarchen, Lärm, Badbe- nutzung usw.)	—	—	—
- es kommt häufig zu Auseinander- setzungen mit bestimmten Personen des Personals	—	—	—
- er hält sich zeitweise nur wenig an die in der Hausordnung beschlos- senen Zeiten und Zeiträume	—	—	—
<u>Verschiedenes</u>			
- übertriebende Freundlichkeit	—	—	—
- verschenkt viele seiner Sachen	—	—	—
- gelegentliche Unehrlichkeiten	—	—	—
- Haare drehen oder auszupfen	—	—	—
- kleine Diebstähle (von nicht 'verwirrten' Bewohnern)	—	—	—
- der Bewohner ist übermäßig penibel auf Sauberkeit und Ordnung bedacht	—	—	—
- er erzählt manchmal Geschichten so, als ob er sie selbst erlebt hätte ("Dichtet was dazu.")	—	—	—
- er fühlt sich manchmal als jemand, der sich anpassen muß an Bedingungen, die er nicht selbst gewählt hat	—	—	—
- wenn bestimmte Ereignisse bevorstehen (z.B. der Friseur kommt nachmittags), ist er schon früh sehr aufgeregt und nervös	—	—	—
- starke Sorgen um nahestehende Personen: er hat große Sorge, Not, Angst um Kin- der, Enkel, Freunde (um deren Ausbil- dung, Ehe usw.), und dieses belastet ihn sehr	—	—	—

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
<u>Einige Anzeichen für akute Verwirrheitszustände</u>			
(tritt unvermittelt auf; verläuft heftig)			
1. Der Bewohner wird n a c h t s oder t a g s ü b e r manchmal sehr unruhig.	—	—	—
2. Er wirkt dann ängstlich.	—	—	—
3. Er wirkt dann bewußtsseinsgetrübt, d.h. er ist wie benommen, dösig, schläfrig; er denkt, fühlt und erinnert sich nur sehr verlangsamt.	—	—	—
4. Er denkt dann nicht mehr zusammenhängend; hält an einmal aufgetauchten Gedanken fest; kann sich dann nicht konzentrieren und ist leicht ablenkbar.	—	—	—
5. Er zupft dann nervös am Bettuch o.ä.	—	—	—
6. Er steht dann auf und irrt durch den Flur	—	—	—
7. Manchmal geht er dann irrtümlich in andere Zimmer.	—	—	—
8. Er verwechselt dann manchmal sein Bett.	—	—	—
9. Manchmal verwechselt er Tag und Nacht.	—	—	—
10. Manchmal verwechselt er dann auch Personen (hält Pflegende für die Tochter; den Arzt für einen Vorgesetzten o.ä.)	—	—	—
11. Er weiß dann nicht mehr, wie spät es ist.	—	—	—
12. Manchmal weiß er dann auch nicht mehr, wer er selbst ist.	—	—	—
13. Manchmal ist er dann sehr erregt und aufgebracht.	—	—	—
14. Zusätzliches Delir (= Unruhe + Verwirrung + Trugwahrnehmungen): Manchmal hat der Bewohner Angst vor weißen Mäusen, krabbelnden Käfern oder Bazillen, zittert oder schwitzt dann sehr stark und ist sehr unruhig und erregt.	—	—	—

Anmerkung: Verwirrheitszustände treten nicht nur chronisch auf sondern auch akut und nur vorübergehend. Sie können nur organische Ursachen haben (z.B. Hirndurchblutungsstörungen bei starkem Blutdruckabfall oder Schlaganfall). Verwirrheitszustände können aber auch vorwiegend psychisch und sozial bedingt sein (z.B. bei ungewollter Heimeinweisung oder erschreckenden ungewohnten Erlebnissen). Dieses ist vom Arzt möglichst in Zusammenarbeit mit Klinischen Psychologen zu klären.

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angabe möglich
Bitte geben Sie noch einmal ein zusammenfassendes Urteil darüber ab, ob die Verwirrheitszustände nur manchmal, häufiger oder sehr häufig auftreten.			
Die oben angegebenen Verwirrheitszustände treten auf:			
nie/nicht erwähnenswert	—	—	—
manchmal/relativ selten	—	—	—
häufig	—	—	—
sehr häufig (überdauernd/chronisch)	—	—	—

4. GEBRAUCHSANLEITUNG FÜR DIESES HEFT

4.1 Wozu soll der Notsignal-"Katalog" dienen?

Viele psychische Probleme können verhindert werden, wenn man sie frühzeitig erkennt und "gegensteuert". Die folgenden Punkte beschreiben in Stichworten, wie dieses Heft Sie dazu anregen soll.

1. Der Notsignal-"Katalog" soll Ihnen helfen, den alten Menschen besser zu verstehen, indem Sie sich immer wieder fragen: Was bedeutet dieses Verhalten? Was will der Bewohner mit diesem Verhalten ausdrücken? Was will er mit ihm damit sagen?
2. Er soll Ihnen helfen, mehr zu sehen und diese Beobachtungen besser zu beurteilen.
3. Er soll Sie herausfordern, psychische Störungen so ernst zu nehmen wie die offensichtlicheren Körperkrankheiten.
4. Er soll Ihnen helfen, psychische Probleme der Bewohner in ihrer Entwicklung zu erkennen, damit Sie frühzeitig Hilfe anbieten können.
5. Er soll Ihnen helfen zu beurteilen, ob der Verdacht auch auf eine massivere psychische Störung begründet scheint.
6. Er soll Ihnen eine Abgrenzung zwischen "Normalem" und "Nicht-mehr-Normalem" - oder was eigentlich besser wäre, zwischen "Nicht-Hilfsbedürftigem" und "Hilfsbedürftigem" - ermöglichen.
7. Er soll Ihnen Anzeichen dafür geben, ab wann ausführlichere Gespräche mit der Heimleitung und mit dem Arzt und/oder dem Psychologen geführt werden sollten.
8. Er soll den "diagnostischen Urteilsprozeß" durchsichtiger machen.
9. Er soll auf die Gefahren des "Abstempelns" hinweisen.
10. Er soll Ihnen verdeutlichen, daß Sie als Dauerbezugsperson an dem Entstehen oder der Aufrechterhaltung psychischer Probleme unter Umständen selbst sehr starken Anteil haben.

11. Er soll Sie deshalb immer wieder zu kritischer Selbstbeobachtung anregen.
12. Er soll allgemeine Anhaltspunkte dafür liefern, welche problematischen Verhaltensweisen und Gefühle zu Ihrem normalen Arbeitsalltag gehören.
13. Er soll Anhaltspunkte dafür liefern, ab wann das normale Maß an Arbeitsbelastung für die Pflegenden der Station ü b e r s c h r i t t e n wird.
14. Er soll Ihnen bewußt machen, daß Sie als ständige direkte Bezugsperson der Betroffenen die verantwortungsvolle Aufgabe erfüllen, Ihre Beobachtungen auszuwerten und evtl. weiterzuleiten.

4.2. Was der Notsignal-"Katalog" n i c h t sein soll und nicht sein darf...

- a) Der Notsignal-"Katalog" ist eigentlich kein Katalog
Dieser "Katalog" ist kein Lexikon, indem man nachsieht und dann in der Überschrift (dem Oberbegriff) zwangsläufig ein Ergebnis in Form einer Diagnose vorliegen hat. Die Gefahr falscher Zuordnung und unzulässiger Verallgemeinerungen wurde im 2. Kapitel beschrieben. Ebenfalls wurde dort hervorgehoben, warum der "Katalog" keine Diagnosen erlaubt, und daß er allenfalls Hinweise gibt für bestimmte Problem-bereiche.

Um auf diese Gefahren immer wieder aufmerksam zu machen, wurde das Wort Katalog durchgängig in Anführungszeichen gestellt.

- b) Er ist auch keine "Schublade mit vielen einzelnen Fächern"
Dieser "Katalog" darf nicht zu einer gedanklichen "Schublade" werden, in die man die Bewohner einordnet und sie dann - zur eigenen Beruhigung - dort 'liegen läßt'. Eine Schublade ist dieser "Katalog" dann, wenn Sie alles Verhalten am liebsten einordnen, d.h. mit den Oberbegriffen erklären möchten.

c) Ständiges "Herumdeuteln" ist schädlich

Der "Katalog" könnte dazu verführen, s t ä n d i g an dem Verhalten der Bewohner "herumzudeuteln". Lassen Sie Ihre Bewohner "einfach mal so" etwas Ungewöhnliches tun. Ungewöhnliches ist nicht unbedingt problematisch, und alles erklären zu wollen könnte ein offenes Verhältnis zu Ihren Bewohnern verhindern.

d) Beobachten ist nicht dasselbe wie kontrollieren

Ihre Beobachtungen sollten nicht dazu führen, daß Sie den Bewohner von nun an "kontrollieren". Entscheidend ist Ihre Absicht.

In dem Notsignal-"Katalog" sind viele Verhaltensanzeichen enthalten, die Sie nur im Gespräch beobachten können, oftmals nur dann, wenn Sie den Bewohner direkt fragen.

Wenn Sie demnächst vielleicht häufiger nach bestimmten Dingen fragen, dann sollten Sie dieses aus echtem Interesse, aus wirklicher Anteilnahme tun. Es ist ein wichtiges Anliegen dieses Heftes, zwischen dieser anteilnehmenden und der kontrollierenden Beobachtung zu unterscheiden.

4.3 Formulierungshilfen für den Pflegebericht

Der Pflegebericht soll in erster Linie Ihre Beobachtungen aus der Sicht der Dauerbezugsperson zusammenfassen. Weiterhin ist er ein Hilfsmittel für das fachliche Gespräch. Er soll so dazu beitragen, die personellen Voraussetzungen für die psychosoziale Hilfe zu schaffen.

Die Aufgabe der Pflegenden besteht darin, einschlägige Anzeichen und Hinweise für psychische Störungen zu beobach-

ten. Von Ihnen wird also nicht erwartet, daß Sie die psychischen Störungen an sich beschreiben. Dieses ist die Aufgabe von Psychologen und Ärzten mit klinisch-psychologischer Ausbildung.

Wenn Sie über einen Bewohner sprechen oder ihn beschreiben, so sollten Sie deshalb die Überschriften (Oberbegriffe oder "Klumpen") des Notsignal-"Kataloges" nicht benutzen. Bevor Sie also Fachbegriffe verwenden, die den Bewohner gewissermaßen mit groben Etiketten versehen, sollten Sie z u m i n - d e s t mit Ihrer Heimleitung darüber gesprochen haben.

Wie schon im 2. Kapitel dargestellt wurde, ist der "Katalog" unvollständig und ermöglicht deshalb keine Diagnose, sondern enthält lediglich wichtige A n z e i c h e n für psychische Störungen.

Versuchen Sie als oberstes Ziel eine Beschreibung der momentanen psychischen Situation des Bewohners, in dem Sie möglichst typische Verhaltensanzeichen aufzählen. Treten Sie als Anwalt der Probleme des Bewohners auf, indem Sie die beobachteten Verhaltensweisen möglichst sachlich beschreiben.

Bei der Formulierung eines Pflegeberichtes ist der Leitgedanke folgender: beschreibt man die psychische Situation eines Bewohners, so sollen die Nöte und Schwierigkeiten, die ein Bewohner erlebt, deutlich gemacht werden. Immer dann, wenn diese Nöte und Schwierigkeiten mit großer Wahrscheinlichkeit zu späterer psychotherapeutischer oder medizinischer Behandlungsbedürftigkeit führen werden, besteht die große Aussicht, daß die verantwortlichen Ärzte, Verwaltungsleiter oder Krankenkassen eine vorsorgende zeitintensive psychologische Betreuung durch die Pflegenden unterstützen. Dieses sollte sich dann in der Einstufung der Betreuungsbedürftigkeit niederschlagen.

Folgende Regeln können Ihnen helfen, die psychische Situation der Bewohner genauer und eindringlicher zu beschreiben. Die aufgeführten Regeln geben an, wie der psychologische Teil eines Pflegeberichtes im Idealfall erstellt werden kann.

- O. - Beachten Sie als Schema: Erst sammeln, dann ordnen - erst vorschreiben, dann evtl. umordnen, Unwichtiges streichen und schließlich neu schreiben.
- Versuchen Sie, den Bericht so einfach zu gliedern wie eben möglich. Formulieren Sie deshalb auch immer nur kurze Sätze. Beschreiben Sie hintereinander Ihre wichtigsten Beobachtungen, in dem Sie sie aufreihen. Die Idee ist: Kurz und klar wichtige Eindrücke vermitteln.

1. Betrachten Sie den "Katalog" zunächst einfach als Sammlung von Hinweisen für problematisches Verhalten und Erleben. Gehen Sie ihn in Ruhe durch und kreuzen Sie an, was zutrifft und was nicht. (Auch das gehört zu Ihrer Arbeitszeit!)

2. Suchen Sie aus dem "Katalog" heraus, was dem Bewohner vermutlich großen Leidensdruck verursacht oder aber was für Sie besonders auffällig ist.

Beispiel: Er wirkt oft sehr niedergedrückt und zurückgezogen, wird manchmal von einer ängstlichen Unruhe erfaßt und vergewissert sich dann stark, ob man für ihn da ist.

3. - Geben Sie genau an, wie häufig das Verhalten auftritt. Abstufungsmöglichkeiten sind z.B.: fast ausschließlich, sehr oft, meist, oft, häufig, manchmal, gelegentlich, selten, äußerst selten; auch: anhaltend, überdauernd; aber: benutzen Sie nicht die Wörter "immer" oder "nie".

- Geben Sie außerdem möglichst genau an, wie intensiv das Verhalten auftritt.

Beispiele: oft sehr traurig; äußerst starke Angst vor...; heftig.

Anmerkung: Wenn Sie dagegen die Häufigkeit nicht dazu-schreiben, schränken Sie ungewollt das beschriebene Verhalten nicht ein. Sie sagen stattdessen behauptend: in 100 % aller Fälle tritt dieses Verhalten so auf (vergleichen Sie bitte die Gegenbeispiele unter Punkt 4).

4. Versuchen Sie, bei jedem Problembereich festzustellen, ob zwischen den Ankreuzungen an der linken Seite Ähnlichkeiten bestehen.

Suchen Sie nur die problematischsten Verhaltensweisen heraus und benutzen Sie die anderen möglicherweise als Beleg. Verwenden Sie dazu verbindende Wörter wie: und, auch, besonders, auffallend, ebenso usw.

Beispiel: Der Bewohner verhält sich insgesamt sehr still; er zieht sich von fast jeder gemeinsamen Veranstaltung zurück. Auch sonst sondert er sich häufig von seinen Bewohnern ab. Auffallend ist weiter, daß er fast immer allein sein möchte. Wenn man auf ihn zugeht, ist er häufig stark verunsichert; besonders spricht er wenig von sich selbst.

5. Benutzen Sie zur Untermauerung von besonders wichtigen Passagen die Aussagen des Bewohners in wörtlicher Rede.

Beispiel: Durch den Tod seiner Ehefrau vor vier Jahren ist der Bewohner offensichtlich immer noch sehr belastet. Häufig fragt er völlig unvermittelt: "Hat meine Frau noch nicht angerufen? Sie wollte doch heute kommen..."

6. Geben Sie an, ob es sich um tatsächlich beobachtetes Verhalten handelt oder um eine Vermutung Ihrerseits. Machen Sie durch Worte wie "offensichtlich", "scheinbar", "es ist zu vermuten" usw. deutlich, was sie beobachtet haben.

Beispiel: "es ist zu vermuten, daß er vieles perfekt machen möchte"; "er scheint das Gefühl zu haben, im ganzen Leben versagt zu haben"; "er fühlt sich offensichtlich als Verlierer, wenn er sich mit seinem Bruder vergleicht" usw.

7. Versuchen Sie, sich möglichst jeglicher Bewertung zu enthalten. Benutzen Sie also keine Worte wie "komisch", "seltsam", "sonderbar", "richtig" oder "falsch" usw. Eine auffällige Bewertung liegt auch dann vor, wenn Sie schreiben würden: "Der Bewohner läßt sich alles bieten"; "sie ist nicht zufrieden, wenn sie nicht im Mittelpunkt stehen kann" usw.
8. Machen Sie unter Umständen deutlich, was weiterhin zu befürchten ist, wenn nichts getan wird. Benutzen Sie Begriffe, die die Veränderung ausdrücken und geben Sie den Beobachtungszeitraum an z.B. durch Steigerungen, Worte wie "zunehmend", "kaum noch", "immer weniger" usw.
- Beispiel A: "Sie vermeidet es immer mehr, in den Tagesraum zu gehen, mag nur noch selten Hilfe annehmen, kann sich kaum noch allein beschäftigen; insgesamt zieht sie sich immer mehr zurück."
- Beispiel B: "Die psychische Situation der Bewohnerin hat sich in den letzten vier Monaten besorgniserregend zugespitzt:
Sie wird von Bewohnern und Verwandten zunehmend als Last empfunden ..." usw.
9. Benutzen Sie keine psychiatrischen Fachausdrücke und ebenfalls nicht die Überschriften aus dem Notsignal-"Katalog". Sollten Sie dennoch Fachausdrücke verwenden wollen, schreiben Sie dazu, was S i e darunter verstehen.
- Schreiben Sie allenfalls z.B. folgendes:
"Folgende Anzeichen deuten meiner Meinung nach darauf hin, daß es sich hier um eine massive Erschütterung der Identität des Bewohners handelt: er sucht nach verstorbenen Personen, die er kannte; er hält Verwandte zeitweise noch für lebend; er verwechselt des öfteren Personen des Personals mit seiner verstorbenen Frau; außerdem leidet er offensichtlich sehr stark unter dem Verlust seiner körperlichen Leistungsfähigkeit".
10. Allgemeinere Hilfen sind zu finden bei den Hinweisen für die systematischere Verhaltensbeobachtung (Kapitel 2.5).

5. LANGFRISTIGES ZIEL

Dieses Heft ist geschrieben aus der Sicht der Klinischen Psychologie.

- a) Der Personalschlüssel ist durch drei Pflegebedürftigkeitsgruppen festgelegt. Der Notsignal-"Katalog" beschreibt neben dieser Pflegebedürftigkeit die Betreuungsbedürftigkeit der Bewohner aus psychologischer Sicht. Die theoretischen Grundlagen dieses Heftes entstammen daher nicht der Medizin (Neurologie oder Psychiatrie) sondern der Klinischen Psychologie.

Kennzeichnend für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit ist bislang die medizinische Sichtweise. Der Personalschlüssel ist insofern medizinisch ausgerichtet, als er die körperlichen Einschränkungen der Bewohner höher wertet als die psychischen. Psychische Einschränkungen werden nur erfaßt, soweit sie in den psychiatrischen Bereich hineinreichen. Daß es einen Bereich gibt zwischen schwerer medizinischer, und d.h. körperlich-biologisch begründeter geistiger Behinderung und der "heilen Welt" ohne psychosoziale Probleme ist jedem sofort einsichtig. Die Pflegebedürftigkeitsgruppen bestimmen jedoch nur den Zustand körperlicher Hilflosigkeit, nicht den der psychischen Hilflosigkeit.

Für diesen Bereich ist die Klinische Psychologie verantwortlich. Der Notsignal-"Katalog" legt deshalb wesentliche Anzeichen für den Zustand der "psychischen Hilflosigkeit" fest.

- b) Der Personalschlüssel bestimmt wesentlich, wieviel Zeit den Pflegenden für ihre Arbeit zur Verfügung steht. Weil der körperliche Aspekt im Pflegeschlüssel so stark überbetont ist, bleibt zu wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung. Dadurch werden die psychologischen Probleme eher größer als kleiner, abgesehen davon, daß es ethisch und moralisch unververtretbar ist, Menschen mit schweren seelischen Problemen sich selbst zu überlassen. Dieses ist der Hintergrund, weshalb die Pflegenden regelmäßig "aus menschlichem Engagement" Überstunden leisten.

Sinn und Ziel dieses "Kataloges" ist es deshalb, Hilfen anzubieten, um die psychische Betreuungsbedürftigkeit möglichst genau zu bestimmen. Daraus folgend soll er dazu beitragen, die Bewohner in diejenige Pflegebedürftigkeitsgruppe einzustufen, die dem tatsächlichen Betreuungsaufwand am ehesten entspricht. Schließlich soll deutlich gemacht werden, daß diese "Bestimmung der psychischen Betreuungsbedürftigkeit im Pflegebericht" eine notwendige Tätigkeit der Pflegenden ist, um die Personalsituation in den Heimen zu verbessern.

- c) Eine Höherstufung ist nur möglich durch das fachliche Gespräch mit Vertretern anderer Berufsgruppen (Arzt; klinischer Psychologe; Heimleitung; Sozialarbeiter usw.). Dieses Heft soll dazu beitragen, diese Zusammenarbeit zu verstärken.
- d) Besonders wenn es um psychologische Sachverhalte geht, ist die individuelle Sichtweise des Beobachters von großer Bedeutung. Die begleitenden Kapitel dieses Heftes sind deshalb dazu da, diesen "diagnostischen Urteilsprozeß" durchsichtig zu machen.
- e) Psychologische Sachverhalte sind wesentlich durch soziale Bedingungen geprägt. Die medizinische Sichtweise legt jedoch nahe, daß psychologische Störungen ausschließlich körperlich-biologischer Natur seien. Deshalb werden dort psychische Probleme fälschlicherweise erst dann wahrgenommen, wenn eindeutige körperliche Symptome sichtbar sind. Die Fachwissenschaft der Klinischen Psychologie hat sich unter anderem aus diesem Grund in den letzten Jahrzehnten immer stärker entwickelt. Aus dieser Sichtweise ergeben sich Anstöße, den Pflegeberuf neu zu überdenken. Auch hierzu soll dieses Heft beitragen.
- f) Psychosoziale Betreuung hat in der Altenpflege einen zentralen Stellenwert. Deshalb sollte das Berufsbild der Alten- und Krankenpfleger um diesen Aspekt erweitert werden - sowohl in der

Öffentlichkeit, als auch bei den Betroffenen selbst. Dieses Heft kann vielleicht dazu einen Beitrag leisten.

Zusammenfassend soll dieses Heft langfristig dazu verhelfen, folgenden vier Zielen näherzukommen:

1. Stärkeres Einbeziehen der Klinischen Psychologie

Der Stellenwert der Klinischen Psychologie im Bereich der Altenpflege soll in Abgrenzung zur Psychiatrie (Medizin) deutlicher werden. Statt psychische Probleme vorschnell der Psychiatrie zuzuordnen, soll das Auftreten von Notsignalen schon im Vorfeld möglichst durch gezielte psychosoziale Betreuung verhindert werden. Dieser Gedanke der Vorbeugung psychischer Störungen in der Altenpflege ist grundlegend für dieses Heft.

2. Erweiterung des Berufsbildes

Allen, die an der Betreuung des alten Menschen beteiligt sind, soll bewußt gemacht werden, daß die Aufgaben der psychosozialen Betreuung so zentral und umfassend sind, daß dadurch das Berufsbild der Alten- und Krankenpflege um diesen Bereich erweitert wird.

3. Ausschöpfen des Personalschlüssels

Mit Hilfe dieses Heftes soll der Personalschlüssel maximal auch für psychosoziale Belange ausgeschöpft werden.

4. Förderung der Teamarbeit

Dieses Heft soll helfen, die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu fördern.

VORBEUGENDE HILFE Dieses Heft soll Ihnen helfen, das Erleben und Verhalten alter Menschen genauer zu beobachten. Der Sinn liegt darin, Veränderungen und Entwicklungen wahrzunehmen, damit Sie vorbeugend psychologische Hilfe anbieten können.

PSYCHOSOZIALE BETREUUNG Die Notsignale zeigen an, ab wann psychologische und soziale Hilfe (eigentlich) gebraucht wird. Somit wird neben der Pflegebedürftigkeit hier die Betreuungsbedürftigkeit im psychosozialen Bereich genauer beschrieben.

PFLEGEBERICHT Bei der Formulierung des Pflegeberichts soll dieses Heft Altenpflegern helfen, die psychischen Probleme zu beschreiben. Darüberhinaus soll er das fachliche Gespräch mit der Heimleitung, dem Arzt oder dem Psychologen anregen und erleichtern.

BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT - PERSONALSCHLÜSSEL Über diesen Weg kann der "Katalog" langfristig dazu beitragen, daß dem alten Menschen regelmäßig neben der körperlichen Hilfe gezielte psychosoziale Hilfe angeboten wird. Dieses ist aber nur möglich, wenn die Personalsituation über den Personalschlüssel - und das heißt über die Bestimmung der Betreuungsbedürftigkeit - verbessert wird. So kann dieses Heft dazu beitragen, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu fördern.

A 2.4.2 Allgemeinere Hilfen zur Bewältigung von Streßsituationen
(Selbstregulation)

Die Art und Weise, wie Sie sich in Streßsituationen selbst etwas sagen, hat Einfluß auf Ihr Verhalten und allgemeiner auf Ihr Selbstgefühl.⁺⁾

Wenn Sie das Gefühl haben, daß Sie insgesamt eher "negativ" auf Streßsituationen reagieren, versuchen Sie einmal, sich die untenstehenden fördernden Gedanken zu sagen. Allgemein sollten Sie versuchen, gute Punkte in Ihrem Verhalten herauszufinden. Anerkennen Sie jeden kleinen Fortschritt und jede gute Bemühung! Sagen Sie nie: "Das war ganz schlecht, verglichen mit dem, was ich erreichen möchte." Das ist Selbstbestrafung, die Lernen lähmt und verunmöglicht. Sagen Sie stattdessen etwa: "Ich habe mir Mühe gegeben und bin in dieser und jener Hinsicht wieder einen kleinen Schritt vorwärts gekommen." Das ist Selbstverstärkung, die Lernen enorm beschleunigt.

Um es etwas systematischer zu machen:

Beobachten Sie Ihre Gedankenabläufe in Streßsituationen einmal dahingehend,

- ob Sie häufig absolute Aussagen über sich selbst machen (nie, immer, nur, alles usw.);
- ob Sie in Streßsituationen häufiger so etwas wie eine "Katastrophenstimmung" haben, die im weiteren Verlauf zu keiner positiven Wendung führt (siehe unten);
- ob Sie Ihr Verhalten (oder sich selbst als ganze Person) häufig negativ bewerten und
- ob Sie sich selbst häufiger positive Selbstinstruktionen (Befehle) geben, und also Ihre Handlungen eher planen, oder ob Sie eher dazu neigen, sofort das Negative an Ihrem Verhalten zu sehen und dann eher zu reagieren.

⁺⁾ Genau so wichtig ist, wie im folgenden deutlich werden wird, wie andere Ihr Verhalten bewerten (Fremdregulation).

S t r e ß s i t u a t i o n e n

Hemmende	gedankliche Reaktionen (Selbstaussagen, Selbstinstruk- tionen, negative Selbstbewertungen)	Fördernde	gedankliche Reaktionen (Selbstaussagen, Selbstinstruk- tionen und positive Selbstbewertungen)
----------	--	-----------	---

Erregung, Ärger, "Katastrophenwahrnehmung"

- z.B. - "Das ist bestimmt total verkehrt!"
 - "muß denn immer was dazwischen kommen!"
 - "immer werd' ich gestört!"
 - "das ist doch zum Verrücktwerden!"
 - "was hab' ich wohl wieder falsch gemacht!?"
 - "das ist bestimmt total verkehrt!"

sich selbst unter Druck setzen

- z.B. - "ich darf mich nicht bloßstellen!"
 - "hoffentlich fallen mir die richtigen
 Worte ein!"
 - "was die anderen wohl denken!"
 - "hoffentlich bin ich noch früh genug da!"
 - "ich komme bestimmt zu spät!"
 - "Er merkt bestimmt, daß ich Angst habe!"
 - "Die anderen können das viel besser als ich!"

Vornahme von Mißerfolgen

- z.B. - "das kann ich nicht!"
 - "das schaff' ich nie!"
 - "das geht bestimmt schief!"
 - "die kommt mir bestimmt wieder so!"
 - "ich hab' das Problem schon immer, ich kann
 das einfach nicht!"

bewerten als Mißerfolg

- z.B. - "daß das schon wieder schief gegangen ist,
 das ist mein Problem!"
 - "hier kommt immer alles auf einmal!"
 - "ich mach' alles falsch!" ("was hab' ich
 wohl wieder alles falsch gemacht!?")
 - "ich hab' ja gleich gesagt, das kann ich nicht!"

Ruhe

- z.B. - "so, jetzt erst mal Ruhe!"
 - "alles nacheinander, erst dies, dann das!"
 - "Nicht schon im voraus schwarz sehen!"
 - "Nicht gleich aufregen, das legt sich gleich
 wohl wieder!"
 - "Nur keine Hektik, die beruhigen sich schon wieder!"

Alternativen suchen und bewerten

- z.B. - "So, was ist jetzt das Wichtigste!?"
 - "So, was muß denn jetzt alles nacheinander?!"
 - "Das kann noch warten!"
 - "So, was mach' ich jetzt zuerst?"
 - "Kann das vielleicht jemand anders machen, dann
 schaff' ich es!"
 - "ich muß ja nicht alles selber machen!"

sich entschließen; Mut fassen

- z.B. - "ich werd' schon irgend was finden!"
 - "das wird schon klappen!"
 - "Wenn ich nicht versuche darüberzustehen,
 geht's bestimmt schief!"
 - "gleich atme ich noch mal tief durch, dann
 wird's schon gehen!"
 - "das wird schwierig, aber ich versuch's mal!"
 - "was die anderen denken, ist jetzt mal ganz
 egal!"

H A N D L U N G

bewerten als kleine Erfolge

- z.B. - "daß mal was schief geht, ist ja ganz normal!"
 - "ich hab' auch nur 2 Hände!"
 - "hier kommt auch immer alles auf einmal!"
 - "ich muß mir nur die Zeit nehmen!"
 - "Das war doch schon ganz gut!"
 - "Ich hab's wenigstens versucht!"

Die Selbstaussagen an der linken Seite sind in Streßsituationen deshalb hemmend,

- a) weil sie sich häufig auf die ganze Person beziehen und nicht, wie es richtiger wäre, auf einzelne Verhaltensweisen
- b) weil Sie selbst durch einen gedanklichen Akt Ihre Mutlosigkeit oder Ihre Unsicherheit immer wieder verstärken
(Bei "Fremdregulation" tun andere dieses durch ihre Bewertungen!)
- c) weil negative Aussagen über sich selbst häufig dazu führen, daß man die Kontrolle über die Situation verliert. (Z.B. Versagensängste führen dann tatsächlich zu Mißerfolgen; Folge: man traut sich immer weniger zu.)

Weitere **positive** Selbstinstruktionen (gedankliche Befehle, die man sich selbst beim Handeln gibt) sind z.B.:

- "Ich muß mir Zeit lassen zu so einem Gespräch!"
- "Ich werd' versuchen, mich auf den anderen einzustellen!"
- "So, jetzt geh' mal lieber langsam, sonst bist Du gleich ganz nervös!"
- "Ich geh' jetzt ganz ruhig ins Zimmer!"
- "So, ich brauch' jetzt erst mal eine Minute Ruhe, dann geht's weiter!"

Weitere **positive** Überlegungen, die einem Zeit und Ruhe vermitteln können, sind z.B.:

- "Ich sollte das nicht hinausschieben; das Unerledigte belastet nur noch mehr, (dann ist das schon mal weg)!"
- "Ist das jetzt wohl der richtige Moment?"
- "Am besten, ich sag' es ihr nicht alles auf einmal, sondern warte erst einmal, wie sie reagiert!"
- "Ich sollte nicht drum herumreden!"
- "Wenn ich nicht selbst versuche, ruhig zu bleiben, mach' ich die anderen auch noch nervös!"

u. s. w.

- - - - -

Egoismus

- Tun zum eigenen Nutzen
- eine Schädigung des Mitmenschen wird in Kauf genommen

Altruismus

- Tun zum Nutzen anderer
- Bereitschaft, eine Gefahr für das eigene Wohlbefinden hinzunehmen

- - - - -

Verhaltensregeln, die in gedanklicher Form das berufliche Handeln eines Helfers bestimmen, können u.a. sein:

"Wenn man zu sehr beansprucht ist, sollte man ruhig auch an sich denken."

"Ich muß immer für den anderen dasein (können)."

"Auf jeden Fall eine gute Atmosphäre bewahren."

"Lieber nachgeben"

- - - - -

Mögliche psychologische Ursachen für ein bedingungsloses Aufgeben eigener Wünsche, Bedürfnisse und Ansprüche:

- Ein hoher Anspruch durch religiösen Einfluß und daraus folgend Schuldgefühle, die Ansprüche nicht erfüllen zu können.
- innere Angst zu versagen
- das Gefühl, nicht wertvoll oder nicht gut genug zu sein - "Minderwertigkeitskomplex" - wird durch Leistung bekämpft
- sich selbst beweisen, daß man etwas leisten kann
- Der Anspruch: "Nur dienen und arbeiten!"

- - - - -

"Der Schatten, den das theologische Konzept der Erbsünde wirft, ist ... ein dauerndes Schuldgefühl, verbunden mit der Angst, vor den verinnerlichten Forderungen zu versagen. Das Gefühl, nicht wertvoll, nicht gut (genug) zu sein, wird vor allem durch Leistung bekämpft".
aus: Schmidbauer, Die hilflosen Helfer; 1977, S. 42.

A 3 M E T H O D E N

A 3.1 SEMINARBEGLEITENDE RÜCKMELDUNGEN

A 3.1.1 Fragen zur Bewertung der Relevanz einzelner Lerneinheiten
(LE)*

1. Wie verlief für Sie das gegenseitige Kennenlernen?

a) zu den anderen Teilnehmern: _____

b) zu den jeweiligen Gruppenleitern: _____

2. Haben Sie sich in der Gruppe wohlfühlt?

☐ sehr wohl ☐ meist wohl ☐ mehr wohl als unwohl

☐ mehr unwohl als wohl ☐ meist unwohl ☐ sehr unwohl

3. Für mich persönlich waren die folgenden Lerneinheiten sehr wichtig:

☐ Mo.v. ☐ Mo.n. ☐ Di.v. ☐ Di.n. ☐ Mi.v. ☐ Mi.n. ☐ Do.v. ☐ Do.n. ☐ Fr.v.

4. Für meinen Beruf als Altenpfleger/in waren folgende Lerneinheiten sehr wichtig:

☐ Mo.v. ☐ Mo.n. ☐ Di.v. ☐ Di.n. ☐ Mi.v. ☐ Mi.n. ☐ Do.v. ☐ Do.n. ☐ Fr.v.

* Als Grundlage der Einschätzungen dienten die Übersichten im Anhang 1.1.3

A 3.1.2 Fragen zur Bewertung einzelner Lernabschnitte (LA)

Die Sorge um den alten Menschen

vom ... bis ...

1. War für Sie diese Woche ergiebig,
 - weil Sie neues Wissen, neue Kenntnisse erworben haben ☐
 - weil Sie neue Verhaltensmöglichkeiten für Ihren beruflichen Alltag kennengelernt haben ☐
 - weil Sie neue Gefühle bei sich selbst entdeckt haben ☐
2. Wie haben Sie in dieser Woche mitgearbeitet:
 - durch Zuhören ☐
 - durch Mitschreiben der wichtigsten Ergebnisse ☐
 - durch aktive Beteiligung ☐
3. Wodurch haben Sie in dieser Woche am ehesten profitiert
(Sie können bis zu 3 Kreuze machen!)
 - durch Referate? ☐
 - durch Übungen? ☐
 - durch Hinweise und Anregungen des Gruppenleiters? ☐
 - durch Gespräche in der Großgruppe (Plenum)? ☐
 - durch Gespräche in der Kleingruppe ☐
 - durch private Gespräche mit einzelnen Teilnehmern? ☐
 - durch Modelle u. Ausführungen im Tageslichtschreiber? ☐
 - durch die Erarbeitung des Themas mit dem Gruppenleiter? ☐
4. Was haben Sie in dieser Woche dazu gelernt?
(Sie können bis zu 5 Kreuze machen!)
 - Interessante Einzelheiten und Fakten ☐
 - Neue Begriffe und Definitionen ☐
 - Ich habe gelernt, Zusammenhänge u. Ursachen zu sehen ☐
 - Ich wurde auf persönliche Probleme gestoßen, die mir zuvor nicht so bewußt waren ☐
 - Ich habe Anregungen erhalten, theoretische Erkenntnisse auf meine Situation anzuwenden ☐
 - Methoden und Regeln zur Lösung von sachlichen Problemen ☐
 - Methoden und Regeln zur Lösung persönlicher Probleme ☐
 - Ich habe eine neue Einstellung zu Problemen des Berufsalltages gewonnen ☐
 - Ich habe neue Formen des Umgangs miteinander kennengelernt ☐
 - Ich habe andere Meinungen kennengelernt und diskutiert ☐
 - Ich habe mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen ☐
 - Ich wurde auf sachliche Fragen gestoßen, die ich früher nicht bedacht habe ☐

5. Für meinen Beruf als Altenpfleger/in war besonders wichtig:

a) bei der Thematik von Frau/Herrn ...: _____

b) bei der Thematik von Frau/Herrn ...: _____

c) bei der Thematik von Frau/Herrn ...: _____

6. Ich glaube, daß für meinen Beruf folgende Themen nicht so wichtig waren:

7. Für mich persönlich war in dieser Woche am wichtigsten:

8. Wenn Sie diese Woche noch einmal besuchen würden, was sollte dann geändert werden?

A 3.1.3 Seminarbegleitende Einschätzungen zum Transfer

Wir möchten gern einmal genauer wissen, ob Sie die Erfahrungen der letzten Seminarwoche in Ihrem beruflichen Alltag verwenden konnten. Bitte schätzen Sie anhand der Erläuterungen ein, was für Sie zu- trifft. Kennzeichnen Sie dies bitte mit einem Kreuz (0).*

-
1. Von meiner Seite aus hat sich seit der letzten Studien-
woche im Umgang mit den Bewohnern etwas verändert.

(das heißt: ich verhalte mich anders; ich entscheide anders; ich
handele anders;)

2. Ich glaube, daß ich meine Erfahrungen aus der letzten
Seminarwoche an andere Mitarbeiter habe weitergeben
können.

(z.B. direkt durch Gespräche über Themen der Woche; durch Hinwei-
se und Gespräche über berufliches Handeln; indirekt durch meine
Haltung.)

3. Die Erfahrungen der letzten Seminarwoche haben dazu ge-
führt, daß ich mich eigenständig um Weiterbildung be-
mühe.

(das heißt: ich habe häufiger mal mit anderen Personen ausführli-
cher über fachliche Dinge gesprochen; ich habe häufiger mal in
einer Fachzeitschrift oder einem Fachbuch gelesen oder fachliche
Berichte gehört.)

4. Seit der letzten Seminarwoche sind mir die psychischen
Probleme der Bewohner bewußter geworden.

(das heißt: mir sind die Probleme im Alltag mehr und genauer auf-
gefallen; es gelingt mir besser, mich in die Eigenarten und Be-
dürfnisse der Bewohner einzufühlen.)

5. Die letzte Seminarwoche war für mich ein wichtiges Er-
lebnis, welches in meine berufliche Arbeit hineinwirkt.

(das heißt: ich empfinde jetzt anders für den alten Menschen; ich
fühle mich bei der Arbeit anders; ich bin irgendwie verantwort-
ungsbewußter geworden.)

6. Seit der letzten Seminarwoche kann ich den alten Men-
schen bei uns besser helfen.

(das heißt: ich kann besser auf sie eingehen; ich gehe von mir aus
mehr auf die Probleme zu; ich kann schwierigen Bewohnern besser
helfen.)

* 4 Einschätzungsmöglichkeiten: 3) ja, stimmt ganz genau - 2) ja, stimmt
1) nein, stimmt nur wenig - 0) nein, stimmt über-
haupt nicht

A 3.1.4 Drei Fallbeispiele (Grundlage des Kolloquiums)

Fall 1 Frau Kender (76) wurde von den Angehörigen zum Heim gebracht, wo sie, wie die Angehörigen in Gegenwart von Frau Kender sagten, jetzt bleiben sollte. Frau Kender ist entsetzt und "macht Lärm", wehrt sich auch körperlich, will nicht angefaßt werden; sie sagt: "Was soll ich denn hier?" "Die wollen mich nur loswerden!" "Hier bleib' ich nicht ..." usw.

Auch nach drei Wochen noch nimmt sie das Essen nur widerwillig an und hat Überall etwas auszusetzen.

1. Wie verhalten Sie sich in so einer Situation der Essensvergabe?
2. Was wissen Sie über die Gefühle von Frau Kender: welche können Sie direkt nennen, welche erschließen?
3. Worauf könnten Sie Frau Kender ansprechen, um ihr zu helfen, und wie würden Sie das tun?

- - - - -

Fall 2 Herr Mertens (78) ist seit 6 Monaten auf der Pflegestation und kann noch gut aufstehen. Sein gesundheitlicher Zustand hat sich im Laufe der Zeit zunehmend verschlechtert, es besteht aber in absehbarer Zeit keine Lebensgefahr.

Vor 2 Wochen ist ein Mitbewohner gestorben. Herr Mertens hat dies mitbekommen und ist seitdem sehr niedergeschlagen. Er fragte häufiger sehr traurig: "Muß ich auch bald sterben?", worauf ihm jedes Mal versichert worden war, daß sein Zustand nicht so schlecht sei.

Herr Mertens hat nur noch eine jüngere, sehr resolute Schwester, die ihn manchmal besucht, aber immer nur sehr kurz bleibt.

1. Welches ist die vordringlichste Sorge von Herrn Mertens?
2. Welche Gefühle von Herrn Mertens können Sie direkt nennen (oder erschließen)?

3. Welche Rolle könnten Sie übernehmen, und was würden Sie an Vorsorgemaßnahmen treffen?

- - - - -

Fall 3 Frau Schlüter ist 78 Jahre, auf der Pflegestation und kann trotz Beinbruch wieder "ganz gut" laufen, obwohl es noch sehr schmerzt. Sie hat keine Lust, an den Aktivitäten des Hauses teilzunehmen; es regt sie auf, daß alles organisiert ist. Frau Schlüter sieht häufig niedergedrückt aus und ist selten mit anderen zusammen zu sehen. Sie verbringt viel Zeit in ihrem Zimmer. Wenn Sie mal vorbeikommen und ins Zimmer schauen, sitzt sie häufig am Fenster oder liegt auf dem Bett. Insgesamt erweckt sie den Eindruck, daß etwas sie belastet. Sie sagt aber trotzdem von sich, daß sie zufrieden ist.

1. Was könnte möglicherweise dahinterstecken, daß Frau Schlüter sich nicht wohl fühlt?
2. Was wissen Sie über die Gefühle von Frau Schlüter?
3. Worauf könnten Sie Frau Schlüter ansprechen, um zu erfahren, worin ihr Problem liegt?

A 3.2 METHODEN ZUR EFFIZIENZKONTROLLE

• A 3.2.1 Fragen zu "speziellen Problemen"*

C O D E

A n l e i t u n g

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gefühle finden, die besondere Schwierigkeiten Ihres Berufes aufgreifen. Sie können jede Aussage entweder mit "s t i m m t" oder mit "s t i m m t n i c h t" beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz ~~X~~ in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen und Gefühlen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

1. Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort vielleicht den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor; viele verlangen von Ihnen, daß Sie ehrlich und auch kritisch gegenüber sich selbst sind. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
2. Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten Ihres Arbeitsplatzes berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

* Die vierseitige Originalvorlage des Fragebogens war für diese Arbeit nicht verwendbar. Die üblichen Formalien wurden jedoch beachtet.

1. Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten ...
2. Man sollte von jedem Bewohner etwas Persönliches wissen ...
3. Häufig kann ich nicht verstehen, warum problematische Bewohner sich so verhalten, wie sie es tun ...
4. Ich spreche manchmal mit Vorgesetzten über die seelischen Probleme von Bewohnern...
5. Manchmal habe ich das Gefühl, ich könnte nicht richtig durchatmen, weil mich die Arbeit so belastet ...
6. Wir Pflegekräfte sollten öfter wissen, was in den alten Menschen wirklich vor sich geht ...
7. Auch wenn ein Bewohner immer wieder von seiner Einsamkeit spricht, kann ich noch so darauf eingehen, daß es ihm hilft ...
8. Vielen Bewohnern würden Gespräche nicht helfen ...
9. Meist komme ich aus irgendwelchen Gründen nicht dazu, solchen Angehörigen zu helfen, die das Sterben ihres Nächsten nicht ertragen können ...
10. Manchmal habe ich Angst, daß alles erst richtig aufbrechen würde, wenn ich auf die Sorgen und Nöte der Bewohner eingehen würde ...
11. Ich habe mich in meiner Meinung noch nie geirrt ...
12. Manchmal tue ich lieber etwas anderes, statt zu einem Bewohner zu gehen, der seelische Hilfe von mir brauchen könnte ...
13. Macht ein Bewohner deutlich, daß er Sorgen und Nöte hat, fällt es mir manchmal schwer, darauf einzugehen ...
14. Manchmal bin ich recht bedrückt in die Freizeit gegangen und konnte nicht richtig abschalten ...
15. Die meisten seelischen Probleme der Bewohner sind so massiv, daß die Hilfe im Grunde zu spät kommt ...
16. Ich kann Angehörigen manchmal nicht so recht sagen, daß sie einem Sterbenden das Sterben nicht noch schwerer machen sollen ...
17. Seelische Hilfen und Gespräche kommen aus Zeitmangel viel zu kurz ...
18. Nach der Arbeit komme ich häufig nicht richtig dazu, mich auszuruhen und zu entspannen ...
19. Oft weiß ich nicht, ob das, was ich an psychologischer Hilfe leiste, richtig ist oder nicht ...
20. Auch wenn viel zu tun ist, passiert es mir nicht, daß ich etwas vergesse ...
21. Wenn ein Bewohner weint, finde ich immer eine angemessene Art, ihm zu helfen ...
22. Manchmal kommt es offen gestanden vor, daß ich mich vor einem Bewohner ekele ...
23. Bei problematischen Bewohnern mache ich mir meist einen ausführlichen Plan, wie ich ihm am besten helfen kann ...
24. Man sollte jeden Bewohner als Persönlichkeit behandeln ...

25. Wenn ich Angehörige über den Zustand eines Sterbenden informieren muß, kann ich häufiger nicht richtig auf sie eingehen ...
26. Wenn ein Bewohner Sorgen hat, spreche ich diese nicht an, sondern warte meist, ob er von sich aus darüber spricht ...
27. Ich habe selten Schwierigkeiten mit anderen Mitarbeitern ...
28. Ich weiß oft nicht, wie ich mich verhalten soll, wenn ich mit passiven und antriebslosen Bewohnern zusammen bin ...
29. Manchem Bewohner würde ein psychologisches Gespräch mehr nützen als ein religiöses ...
30. Häufiger weiß ich nicht mehr, was ich tun soll, wenn ein Bewohner die Pflege verweigert ...
31. Verwirrten Bewohnern kann man nicht mehr richtig helfen ...
32. Wir Pflegekräfte sollten zu den Bewohnern einen persönlichen Kontakt haben ...
33. Ich bin jederzeit ruhig und freundlich gegenüber den Bewohnern ...
34. Wenn ich merke, daß ein Bewohner Angst vor dem Tod hat, reagiere ich zwar darauf, fühle mich aber danach doch oft hilflos ...
35. Ich verspüre oft eine innere Unruhe, von der ich nicht loskomme ...
36. Ich spreche nur manchmal mit einem Bewohner über dessen Sorgen und seelischen Probleme ...
37. Als Pflegekraft könnte ich die Bewohner besser pflegen, wenn ich mehr psychologisches Wissen hätte ...
38. Oft ärgere ich mich zu schnell über Bewohner ...
39. Bei Meinungsverschiedenheiten mit Mitarbeitern gebe ich lieber nach, als es zu einem Streit kommen zu lassen ...
40. Wenn ich bei schwierigen Bewohnern ein Gespräch über ihre Sorgen und Nöte beginnen will, weiß ich, wie ich es einleiten kann ...
41. Seelische Hilfen und Gespräche gehören zu den wesentlichen Aufgaben unseres Berufes ...
42. Ich weiß häufig nicht, was Sterbende von mir erwarten ...
43. Ich weiß zu oft nicht, ob ich die seelischen Probleme der Bewohner richtig beurteile ...
44. Wenn ein Sterbender mir sein Vertrauen geben will, kommt es öfter vor, daß ich mich innerlich dagegen sperre ...
45. In Mitarbeiterbesprechungen sage ich meist nur wenig ...
46. Durch die vielen alltäglichen Erledigungen bekommt man oft zu viel Abstand zu Bewohnern ...

47. Zu mehreren Bewohnern unserer Station gelingt es mir nicht so recht, ein Vertrauensverhältnis zu bekommen ...
48. Wenn sich ein Bewohner auffällig verhält, schreibe ich das meist auf ...
49. Manchmal spreche ich mit Bewohnern über ihre Probleme, obwohl ich eigentlich keine Lust dazu habe ...
50. Auch wenn ich innerlich sehr verärgert bin, merkt man mir das nach außen nicht an ...
51. Die ständig unzufriedenen Bewohner kann ich meist nehmen wie sie sind ...
52. Ich mache mir häufig Vorwürfe, daß ich mich um bestimmte Bewohner nicht genügend gekümmert habe ...
53. Gegenüber Mitarbeitern kann ich häufig nicht "nein" sagen ...
54. Ich werde auch mit den schwierigsten Bewohnern fertig ...
55. Todkranke zu pflegen kostet mich jedes Mal Überwindung ...
56. Ich habe meist nicht genug Zeit, mich persönlich um jeden einzelnen Bewohner zu kümmern ...
57. Es ist leider so, aber mit der Zeit wird man dem Schicksal von Bewohnern gegenüber immer gleichgültiger ...
58. Verbitterten und häufig enttäuschten Bewohnern kann ich oft nicht so helfen, wie man es vielleicht könnte ...
59. Manchmal ärgere ich mich über einen Bewohner ...
60. Häufig fehlt mir das Wissen, um die seelischen Probleme der Bewohner in Worte zu fassen ...
61. Gegenüber mehreren Bewohnern empfinde ich so etwas wie Zärtlichkeit ...
62. Wenn ein Heimbewohner sich abgeschoben und alleingelassen fühlt, finde ich meist Worte, die ihm helfen ...
63. Ich weiß sicher häufig nicht, wie sich der Bewohner fühlt, den ich gerade pflege ...
64. Ich habe keine Angst davor zu sterben ...
65. Ich kann meinen Mitarbeitern oft nicht sagen, was ich für das Richtige halte ...
66. Ich habe gelegentlich Gedanken und Vorstellungen, von denen ich nicht möchte, daß andere sie erfahren ...
67. Ich kenne von allen Bewohnern der Station deren wichtigsten Sorgen und Ängste ...
68. Meist kann ich nicht mehr richtig darauf eingehen, wenn ein Bewohner immer wieder davon spricht, daß er sterben möchte ...
69. Der Kontakt zu den Bewohnern sollte viel persönlicher sein ...
70. In meiner Freizeit habe ich meist nicht mehr die Energie, mich irgendwie weiterzubilden ...

71. Manchmal schiebe ich Gespräche mit Bewohnern vor mir her ...
72. Ich scheue mich oft, in einen Raum zu gehen, in dem ein Sterbender wartet ...
73. Ich glaube, daß ich beurteilen kann, ob ein Bewohner seelische Probleme hat
oder nicht ...
74. Ich weiß zu oft nicht, wie ich einem Bewohner durch ein Gespräch helfen könnte,
besser zurechtzukommen ...
75. Wenn ich Bewohner sterben sehe, bedrückt mich das oft ...
76. Ich komme selten dazu, mit anderen über die persönlichen Dinge zu sprechen, die
ich bei der Arbeit erlebe ...
77. Ich nehme mir für jeden Bewohner so viel Zeit, wie er braucht ...
78. Ich finde meist die richtigen Worte, um einem Sterbenden zu helfen ...
79. Manchmal belastet es mich, Schwerkranke zu pflegen, weil ich immer daran denken
muß, wie ich mich wohl verhalten würde, wenn ich auch so krank wäre ...
80. Es fällt mir schwer, meinen Standpunkt gegenüber der Heimleitung zu vertreten ...
81. Es gelingt mir beim Umgang mit den Bewohnern immer, meine eigenen Gefühle und
Wünsche in den Hintergrund zu stellen ...
82. Intensiveren Gesprächen mit schwierigen Bewohnern fühle ich mich manchmal nicht
gewachsen ...
83. Ich verschaffe mir oft zu wenig Ruhe, um zu überlegen, was noch getan werden muß...
84. Ich komme selten dazu, mal in einer Fachzeitschrift oder einem Fachbuch zu lesen...
85. Gespräche mit Bewohnern dauern bei mir nie länger als eine Viertelstunde ...
86. Es ist möglich, daß einzelne Bewohner Angst vor mir haben ...
87. Wenn ein Bewohner mir von seinen Problemen erzählt, höre ich oft nur zu, ohne
ein Wort zu sagen ...
88. Häufig nehme ich mir vor, mit einem Bewohner über seine Sorgen zu sprechen,
komme dann aber nicht dazu ...
89. Sklerotischen Patienten kann man mit Worten nicht helfen ...
90. Wenn mich an einem Mitarbeiter etwas stört, sage ich ihm das häufig nicht ...
91. Wenn ein Bewohner von starken Ängsten bedrückt wird, habe ich das Gefühl, daß
ich ihm helfen kann ...
92. Bewohnern, die sich anderen Menschen gegenüber unsicher und gehemmt verhalten,
kann ich oft nicht richtig helfen ...
93. Sitzwache und Gespräche mit Sterbenden würde ich am liebsten jemandem anders
überlassen ...
94. Wenn ein Bewohner über längere Zeit sehr traurig und niedergedrückt ist, weiß
ich häufig nicht, wie ich ihm helfen kann ...
95. Ich habe mich in meinem Handeln noch nie durch etwas verunsichern lassen ...

96. Wenn ich mit Sterbenden spreche, bin ich innerlich meist doch nervös und angespannt ...
97. Auch in meiner Freizeit geht mir das Schicksal von Bewohnern häufig nicht aus dem Kopf ...
98. Ich weiß nicht, wie man einem eigensinnigen und unzugänglichen Bewohner das Sterben erleichtern kann ...
99. Ich glaube, meine Mitarbeiter wissen oft nicht, was in mir vorgeht ...
100. Wenn ich über einen Bewohner verärgert bin, kommt es ehrlich gestanden schon einmal vor, daß ich ihn das richtig spüren lasse ...

Bitte überprüfen Sie noch einmal genau, ob Sie wirklich alle Sätze beantwortet haben!

- - - - -

Beantworten Sie bitte zum Schluß folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

Geschlecht:	Ich bin in der Altenpflege tätig seit 19.. (bitte Jahreszahl angeben)
weiblich 0	Ausbildung:
männlich 0	Examen als Krankenschwester/-pfleger 0
	Examen als Altenpfleger/in 0
	Kurzausbildung in Krankenpflege 0
Schulabschluß:	Kurzausbildung in Altenpflege 0
Volksschule/Hauptschule 0	angelernte Pflegekraft ohne spezifische Ausbildung 0
Mittlere Reife .. 0	evtl. früherer Beruf / Tätigkeit als
Abitur 0	Gegenwärtige Tätigkeit:
	im Wohnbereich (eines Altenwohn- oder Altenheimes) 0
Alter in Jahren:	auf einer Pflegestation (im Altenheim oder Pflegeheim) 0
19 - 30 0	auf einer Pflegestation (im Altenkrankenheim/Krankenhaus).... 0
31 - 40 0	überwiegend als Nachtwache 0
41 - 50 0	Gegenwärtige Position als:
51 - 60 0	Stationshilfe / Altenpflegehelferin 0
61 - 70 0	Stationsschwester / -pfleger 0
71 u. darüber ... 0	Stationsleitung / Pflegedienstleitung 0

Auf die Darstellung der jeweiligen Antwortmöglichkeiten stimmt/stimmt nicht wurde hier verzichtet. Die Zuordnung der 100 Items zu einzelnen Bereichen ist wie folgt:

- Probleme im Umgang mit berufsbedingten Belastungen. 11 Items: 5, 14, 18, 35, 52, 70, 76, 79, 83, 84, 97.

- Probleme bei der Initiierung psychosozialer Betreuung. 16 Items: 10, 12, 23, 26, 30, 36, 40, 47, 48, 71, 74, 82, 85, 87, 88, 93.
- Probleme der Einschätzung psychologischer Sachverhalte. 5 Items: 3, 37, 43, 60, 73.
- Probleme im Umgang mit alten Menschen, die unter psychischen/sozialen Problemen leiden bzw. als "schwierig" empfunden werden. 11 Items: 7, 13, 19, 28, 51, 58, 62, 91, 92, 94, 100.
- Probleme bei der Begleitung sterbender alter Menschen. 13 Items: 9, 16, 25, 34, 42, 44, 55, 68, 72, 75, 78, 96, 98.
- Spezielle Probleme im Umgang mit Mitarbeitern. 9 Items: 4, 27, 39, 45, 53, 65, 80, 90, 99.
- Beziehungshemmende Gefühle von Pflegenden. 6 Items: 22, 38, 46, 49, 57, 61.
- Einstellungen von Pflegenden, die psychosoziale Betreuung eher verhindern. 5 Items: 8, 15, 31, 41, 89.
- Fehlervariable Soziale Erwünschtheit/Selbstüberschätzung. 9 Items: 11, 20, 33, 50, 54, 59, 66, 81, 95.
- Gesonderte Auswertung. 8 Items: 6, 17, 29, 56, 63, 64, 69, 77.
- nicht ausgewertet. 7 Items: 1, 2, 21, 24, 32, 67, 86.

A 3.2.2 Fragen zum "Lernzuwachs durch das Seminar"

A: Allgemeiner Teil

C O D E

Wenn Sie diesen Kurs noch einmal besuchen würden, was sollte Ihrer Meinung nach geändert werden?

1. Welche Themen sollten wegfallen?

2. Welche Themen sollten dazukommen?

3. Wovon hätten Sie gern mehr gehört?

4. Was hätte man kürzer behandeln können?

5. Waren Besichtigungen für Ihre Beruf besonders wichtig?
Wenn ja, welche?

6. In welcher Woche gefühlten Sie sich am meisten belastet?

7. In welcher Woche haben Sie sich am wohlsten gefühlt?

A n l e i t u n g* für die nächsten Seiten

Die folgenden Seiten enthalten einige positive Aussagen darüber, was Sie seit Beginn des Kurses möglicherweise gelernt haben; oder anders ausgedrückt: in welchen Bereichen sich für Sie etwas verändert hat.

Natürlich haben Sie nicht alles, was im Seminar angeboten wurde, gleichermaßen gut anwenden können. Sie sollen deshalb kritisch überprüfen, was für Sie persönlich zutrifft und was nicht.

Vielleicht konnten Sie einige der Dinge auch schon vor Beginn des Seminares im September 1979. Uns interessiert hier jedoch nur das, was sich seit diesem Zeitpunkt verändert hat.

Sie können dieses durch Zahlen kennzeichnen.

Beispiel:

	verändert			nicht verändert		
	ja, stimmt ganz genau	ja eher ja	eher	eher nein	nein stimmt überhaupt nicht	
Ich bin jetzt mehr als früher bereit, mich mit neuen Ideen auseinanderzusetzen.	5	4	3	2	1	0

Wenn Sie die 4 angekreuzt hätten, sagen Sie damit also, daß Sie neuen Ideen gegenüber offener eingestellt sind. Wenn Sie dagegen der Ansicht wären, daß Sie auch schon früher - vor Beginn des Seminares - gegenüber neuen Ideen offen gewesen sind, hätten Sie Ihr Kreuz bei der 2, 1, oder 0 machen müssen: Es hätte sich für Sie seit Beginn des Kurses in diesem Punkt nichts verändert.

* Diese Anleitung wurde auch bei den "speziellen Fragen zum Lernzuwachs" vorgelegt. Auf die Angabe der Antwortmöglichkeiten von 5 bis 0 wurde hier und beim speziellen Fragenteil verzichtet.

8. Durch das Seminar habe ich eine positivere Einstellung zum alten Menschen gewonnen.
9. Ich spreche mit Kollegen mehr über die persönlichen Dinge, die ich bei der Arbeit erlebe.
10. Ich komme mit meinem beruflichen Alltag besser zurecht als früher.
11. Es gelingt mir jetzt besser, auf die Meinungen meiner Kollegen/innen einzugehen.
12. Ich habe gelernt, Bewohner angemessener zu beurteilen.
13. Das Seminar hat mir Anregungen gegeben, neue Verhaltensweisen im Ablauf meiner Arbeits auszuprobieren.
14. Einige Bewohner waren zufriedener, nachdem ich mit ihnen auf eine neue Art gesprochen habe (oder sie sind es noch).
15. Ich habe eine selbständigere Meinung zum Thema Altenpflege gewonnen.
16. Ich bin heute mehr bereit, mit anderen Mitarbeitern zusammenzuarbeiten.
17. In Gesprächen mit Vorgesetzten kann ich mich jetzt besser ausdrücken.
18. Durch die Erfahrungen des Seminares habe ich ein größeres Verantwortungsgefühl gegenüber den Bewohnern bekommen.
19. Ich habe gelernt, mit meinem eigenen Alter besser zurechtzukommen.
20. Das Verhältnis zu einigen Bewohnern hat sich aus meiner Sicht gebessert.
21. Ich sehe jetzt genauer, wo die Probleme bei meiner Arbeit liegen.
22. In vielen Situationen des Berufsalltags bin ich jetzt gelassener.
23. Es gelingt mir jetzt besser, mich gegenüber Mitarbeitern durchzusetzen.
24. Ich glaube, daß ich einigen Bewohnern durch mein Verhalten wirklich habe helfen können, mit ihren Sorgen und Nöten zurechtzukommen.

25. Ich kann anderen jetzt besser vermitteln, was ich zu einem fachlichen Thema meine.
26. Ich denke mehr darüber nach, daß sich mein Verhalten auf andere auswirkt.
27. Durch das Seminar kann ich neue Informationen aus dem Bereich der Altenpflege sehr viel besser in mein bisheriges Wissen einordnen.
28. Ich fühle mich jetzt sicherer im Umgang mit unserer Heimleitung.
29. Ich glaube, einige Bewohner akzeptieren mich jetzt mehr als früher.
30. In vielen Situationen des Berufsalltages ergreife ich jetzt eher die Initiative.
31. Es gelingt mir jetzt besser, in hektischen und belastenden Situationen ruhig zu sein.
32. Das Seminar hat bewirkt, daß ich mehr über meine eigenen Gefühle nachdenke.
33. Ich komme jetzt besser mit Kollegen aus als vorher.
34. Ich kann mir vorstellen, daß mehrere Bewohner jetzt mit meinem Verhalten zufriedener sind als vorher.
35. Durch das Seminar habe ich eine positivere Einstellung zum Sterben unserer Bewohner gewonnen.
36. Das Seminar hat mir geholfen, daß ich in meinem Beruf irgendwie zufriedener bin.
37. In Gesprächen mit dem Arzt fühle ich mich jetzt sicherer.
38. Durch die Erfahrungen des Seminars sind mir meine eigenen Bedürfnisse im beruflichen Alltag bewußter geworden.
39. An viele Situationen des beruflichen Alltages gehe ich jetzt mutiger heran.
40. Ich hinterfrage mein Verhalten jetzt mehr als vor dem Seminar.
41. Das Seminar hat mir geholfen, unser Zusammenleben auf der Station besser zu gestalten.
42. Die Erkenntnisse, die ich im Seminar gewonnen habe, haben zu mehreren Neuerungen im Heimablauf geführt.

43. Ich verhalte mich jetzt so, wie ich mich früher nicht so ohne weiteres verhalten hätte (wenn ja, bitte möglichst 2 Beispiele!)
-
-

44. Es fällt mir jetzt sehr viel leichter, die psychologischen Probleme von Bewohnern im Pflegebericht zu beschreiben.
45. Die Erfahrungen des Seminares haben mir dazu verholffen, daß ich die alten Menschen jetzt selbständiger betreuen und pflegen kann als früher.
46. Das Seminar hat irgendwie dazu beigetragen, daß sich das Verhältnis zur Heimleitung verbessert hat.
47. Das Seminar hat mir Anstöße gegeben, mich mehr um mein berufliches Fortkommen zu kümmern.
48. Das Seminar hat mir geholfen, mit meinem eigenen Sterben und Tod besser zurechtzukommen.
49. An meinem Arbeitsplatz kann ich jetzt Entscheidungen treffen, zu denen ich früher nicht in der Lage war.
50. Ich hätte gern von den Referenten mehr Ratschläge gehabt, wie ich mich besser verhalten kann.

Was hat Ihnen das gesamte Seminar aus Ihrer Sicht am ehesten gegeben (bitte nur ein Kreuz!)

- ☐ hauptsächlich Theoretisches
- ☐ mehr Theroretisches als Praktisches
- ☐ mehr Praktisches als Theoretisches
- ☐ hauptsächlich Praktisches

51. Angenommen, Sie könnten sich - so wie Sie diesen Kurs heute kennen - nochmals entscheiden:

Würden Sie diesen Kurs dann noch einmal besuchen, oder würden Sie ihn nicht besuchen? (nur ein Kreuz!)

- ☐ ja, unbedingt besuchen, weil -----
-
- ☐ ziemlich sicher besuchen, weil -----
-
- ☐ nicht unbedingt besuchen, weil -----
-

☐ sicher nicht besuchen, weil _____

☐ kommt darauf an, nämlich _____

☐ unentschieden

52. Alles in allem hat das Seminar meine Erwartungen

☐ nicht erfüllt ☐ erfüllt ☐ übertroffen

53. Sonstige kritische Äußerungen, Verbesserungsvorschläge:

Vielen Dank!

A 3.2.3 Fragen zum "Lernzuwachs durch das Seminar"

S: Spezieller Teil

Bitte antworten Sie ehrlich und ohne sich selbst zu überschätzen. Nur dann sind Ihre Antworten für die Auswertung von Wert.

1. Ich sehe jetzt mehr Möglichkeiten, den Bewohnern zu helfen, wenn sie seelische Probleme haben.
2. Das Seminar hat mir Mut gegeben, auf Bewohner zuzugehen, die zuvor als hoffnungslos galten.
3. Ich habe gelernt, einem Gespräch heute nicht mehr so auszuweichen.
4. Es gelingt mir jetzt besser, mich in die Eigenarten und Bedürfnisse der Bewohner einzufühlen.
5. Ich habe gelernt, die seelischen Probleme und Nöte der Bewohner besser zu verstehen.
6. Ich finde jetzt leichter Zugang zu bestimmten Bewohnern.
7. Ich weiß jetzt eher, wie man ein Gespräch über Sorgen und Probleme einleiten kann.
8. Ich gehe jetzt häufiger von mir aus auf die Bewohner zu, wenn ich merke, daß sie irgendwelche Probleme haben.
9. Ich höre einzelnen Bewohnern jetzt länger und intensiver zu.
10. Ich habe ein besseres Verständnis für die besondere Situation älterer Menschen im Heim gewonnen.
11. Ich fühle mich jetzt mehr für die psychischen Bedürfnisse der Bewohner verantwortlich.
12. Mir ist klar geworden, daß eine gezieltere psychologische Betreuung notwendig ist, um langfristig helfen zu können.
13. Das Gespräch nimmt jetzt einen wesentlich größeren Platz in meinem Arbeitsablauf ein als früher.
14. Ich gehe jetzt mehr auch auf die psychologischen Probleme von Bewohnern ein.
15. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß sich Bewohner im Gespräch mir gegenüber immer mehr öffneten.

16. Ich habe gelernt, daß ich durch mein eigenes Verhalten günstigere Gesprächsbedingungen schaffen kann.
17. Ich gehe jetzt manchmal zu Bewohnern in der Absicht, vorbeugend etwas zu tun, damit Probleme gar nicht erst entstehen.
18. Manche Bewohner wenden sich jetzt eher mit persönlichen Sorgen und Problemen an mich als früher.
19. Ich glaube, daß manche Bewohner mich jetzt eher von sich aus ansprechen würden, wenn sie Sorgen und Nöte hätten.
20. Ich fühle mich jetzt freier und spontaner, wenn ich helfende Gespräche führe.
21. Es gelingt mir jetzt auch bei alltäglichen Problemen eher, mir die Zeit zu nehmen, den Bewohner erst einmal anzuhören.

A 3.2.4 Aufbau des Interviews

1. Wenn Sie an den gesamten Kurs denken, welches ist dann der vorherrschende Eindruck, den Sie davon haben?

Falls positives Beispiel: Fällt Ihnen auch spontan etwas Negatives ein?

Spontan fällt mir nichts ein. / /

2. Wieviel Brauchbares und Nützlichendes haben Sie insgesamt in diesem Seminar dazu gelernt?

Ich habe an Brauchbarem und Nützlichem dazu gelernt:

5	4	3	2	1	0
sehr sehr viel	sehr viel	viel	es geht	wenig	sehr wenig

3. Was hat Ihnen der Kurs für Sie ganz persönlich gebracht? (gefühlsmäßig/privat/für Ihr Leben?) (offene Frage)

4. Was hat Ihnen der Kurs für Ihren Beruf gebracht? (Alltagshandeln/Anerkennung/Fortkommen usw.?) (offene Frage)

5. Bitte versuchen Sie einmal festzustellen, wodurch Sie die meisten Anstöße bekommen haben, die dann zu Veränderungen in Ihrem Gefühl, in Ihrem Handeln und Denken geführt haben.

Wesentliche Anregungen für mein Lernen habe ich bekommen:
(Bitte maximal nur 5 Kreuze!)

- / / durch die Anwendung des Gelernten im Umgang mit Bewohnern
 / / durch Gespräche über neue Ideen mit Mitarbeitern
 / / durch eigenständiges Weiterlesen
 / / durch Anleitung oder Unterstützung von Vorgesetzten
 / / durch unmittelbare Hinweise der Referenten auf Verhaltensmöglichkeiten
 / / durch Verhaltensübungen im Seminar
 / / durch das Bewußtwerden wichtiger Dinge im Seminar

Fortsetzung

- ☐ durch schriftliche Übungen
- ☐ dadurch, daß wir im Seminar ausführlich über die Dinge gesprochen haben
- ☐ dadurch, daß wir immer wieder darüber gesprochen haben, Gelerntes auch anzuwenden
- ☐ dadurch, daß wir im Seminar auf unsere Gefühle gestoßen wurden
- ☐ durch persönliche Gespräche mit anderen Teilnehmern
- ☐ durch besondere Äußerungen von Teilnehmern im Seminar
- ☐ allgemein durch die Atmosphäre im Seminar, die mir Mut gemacht hat
- ☐ durch Sonstiges
-

6. Im Nachhinein betrachtet eine Frage zu Ihrer früheren Aus- und Weiterbildung:

-
- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Altenpfleger | ☐ Krankenschwester | ☐ viel Weiterbildung in psychologischen Fragen |
| ☐ wenig Weiterbildung in psychologischen Fragen | ☐ keine Aus-/Weiterbildung | |
-

Nach den Erfahrungen dieses Seminares kann ich folgendes sagen:

An psychologischem Fachwissen und Können habe ich vor Beginn des Kurses gehabt

-
- ☐ erheblich zu wenig
- ☐ viel zu wenig
- ☐ es war ausreichend
- ☐ es war voll ausreichend
- ☐ ich glaube, es war bisher sehr gut
-

- 6a. Falls die Ausbildung für ausreichend oder besser gehalten wird: Was würden Sie sagen ...

Konnten Sie die Kenntnisse in Psychologie, die Sie damals erworben haben, in Verhalten umsetzen, oder waren es eher theoretische Kenntnisse?

-
- ☐ eher praktische psychologische Fertigkeiten
- ☐ eher theoretische Kenntnisse über Psychologie
-

6b. Fühlten Sie sich damals bei der Lösung psychologischer Probleme

☐ eher sicher u. selbständig ☐ oder eher unsicher u.hilflos

7. Wenn Sie innerhalb der Gesamtkonzeption des Seminares einmal nur die psychologischen Fragestellungen betrachten: War die Psychologie zu stark vertreten oder zu wenig?

☐ Ja, die Psychologie war meiner Meinung nach zu stark vertreten

☐ Das Ausmaß an Psychologie war richtig und angemessen

☐ Eine Vertiefung psychologischer Themen wäre manchmal sicher nützlich gewesen

☐ Die Psychologie war zu wenig vertreten

8. Alles das, was wir unter dem Begriff "psychologische Betreuung" gefaßt haben *): Halten Sie das für Ihre berufliche Situation für notwendig?

☐ ja, unbedingt notwendig ☐ ja, sehr notwendig

☐ ja, notwendig

☐ nein, nicht unbedingt notwendig ☐ nein, nicht notwendig

☐ nein, überflüssig

*) Rahmen für psychologische Betreuung; Stufen psychologischer Betreuung; Wahrnehmung und Notsignale; partnerzentrierte Gesprächsführung; Vorsorge-akute Hilfe-Nachsorge; zugehende Hilfe; Beziehung zwischen Bewohnern und Mitarbeitern usw.

9. Haben Sie bislang in Ihrem Heimalltag zu wenig "gezielte psychologische Betreuung" betrieben, oder war es ausreichend?

☐ ja, viel zu wenig

☐ ja, zu wenig

☐ nein, genug

☐ nein, voll ausreichend

10. An meinem Arbeitsplatz bleibt mir aus organisatorischen Gründen (Personalmangel usw.) keine Zeit, um auf psychologische Probleme der Bewohner näher einzugehen.

/ / stimmt genau / / ja / / eher ja / / eher nein / / nein
/ / nein, stimmt überhaupt nicht

11. Bitte sagen Sie Ihre Meinung. Haben Sie jetzt nach dem Kurs das Gefühl, im psychologischen Bereich genug zu wissen und zu können, oder würden Sie eine weitere psychologische Fortbildung für notwendig halten? (einmal vorausgesetzt, es gäbe keine organisatorischen Schwierigkeiten, wie Freistellung, Dienstplanregelung und Finanzielles, und Sie hätten Spaß daran)

Eine weitere vertiefende psychologische Fortbildung wäre in meiner Position

/ / für die Praxis sehr notwendig und nützlich
/ / für die Praxis notwendig und nützlich
/ / für die Praxis nicht unbedingt notwendig
/ / für die Praxis bestimmt nicht notwendig

12. Das Seminar ist nun zu Ende. Es hat vielleicht bei Ihnen einen gefühlsmäßigen Eindruck hinterlassen.

War das Seminar für Sie ein wichtiges Erlebnis in Ihrem Leben?

5	4	3	2	1	0
ja, grundlegend	ja, äußerst	ja, sehr	ja, auch	nein, nicht	nein,
lebensbestimmend	wichtig	wichtig	wichtig	so wichtig	verhältnismäßig unwichtig

13. Was vermuten Sie über die Wirkung, die dieses Seminar in Ihrem Berufsalltag haben wird?

Wird die Wirkung vermutlich langfristig sein, ist sie tiefgreifend und über Ihr Gefühl vermittelt? Oder wird die Wirkung des Seminars eher kurzfristig sein, ist sie eher oberflächlich und Sie werden "vielleicht mal wieder" an das Seminar denken?

Die Erfahrungen des Seminars werden vermutlich in meinen Berufsalltag hineinwirken.

3	2	1	1	2	3
eher tiefgreifend, anhaltend			eher oberflächlich, vorübergehend		

14. Hat das Seminar Ihr Selbstvertrauen gestärkt, oder ist durch die Erfahrungen Ihr Selbstbewußtsein gestiegen?
Haben Sie vielleicht Stärken an sich entdeckt, oder trauen Sie sich anhaltend mehr zu als früher?

/ / ja genau
/ / eher ja
/ / eher nein
/ / nein, bestimmt nicht

15. Zwei Fragen zu Ihrer Motivation, Ihrer Hoffnung, in Ihrem beruflichen Alltag helfen zu können. Zunächst eine Frage dazu, wie Ihre Motivation früher war, und dann eine Frage über Ihre jetzige.

- 15a. Wie schätzen Sie jetzt Ihre Motivation vor Beginn des Seminars ein? Hatten Sie früher so etwas wie das Gefühl einer "beruflichen Depression", ein Gefühl, daß "man" alten Menschen doch nicht mehr so "richtig" helfen kann? (vor allem den Patienten mit Arteriosklerose)? Hatten Sie oft das Gefühl - egal, was man tut, es nützt doch nichts?

Oder hatten Sie manchmal das Gefühl, durch die Hoffnungslosigkeit jeglicher Bemühungen fast gelähmt zu sein?

Ich hatte früher schon einmal so ein Gefühl "beruflicher Depression"

3	2	1	0
ja, manchmal sehr stark	ja, manchmal ein wenig	ja, aber nur sehr kurz	nein, dieses Gefühl hatte ich früher nicht

- 15b. Wie ist Ihre Motivation, Ihre Hoffnung, erfolgreich helfen zu können, heute?

Sehen Sie heute mehr Möglichkeiten, den Bewohnern helfen zu können, wenn diese seelische Probleme haben? Haben Sie heute die Hoffnung, bei seelischen Nöten und Sorgen überhaupt helfen zu können, die Hoffnung, daß I H R Verhalten etwas nützt? Haben Sie in dieser Hinsicht einen Anstoß bekommen, es noch einmal zu versuchen?

Wie ist Ihre Motivation, Ihre Hoffnung, erfolgreich helfen zu können, heute?

Ja, ich habe heute			nein, ich habe heute	
sehr viel mehr Hoffnung	viel mehr Hoff- nung	mehr Hoff- nung	genauso viel/wenig Hoffnung	weniger Hoffnung als früher
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

A 3.2.5.1 Fragen zu persönlichen Schwierigkeiten

Nachdem Sie nun in den letzten Wochen Ihr eigenes Verhalten, Ihre Einstellungen, Ihre Gefühle verstärkt beobachtet haben, sind Ihnen vielleicht Ihre persönlichen Schwierigkeiten im Umgang mit Bewohnern bewußter geworden.

Wo liegen Ihre ganz persönlichen Schwierigkeiten, die immer wieder auftreten?

Wenn ich an manche Bewohner denke, empfinde ich _____

Ich habe Angst vor _____

Ich glaube, eines meiner größten Probleme im Leben ist _____

Welche Verhaltensweisen möchten Sie

	<u>l e r n e n</u>	<u>ver l e r n e n</u>
gegenüber	_____	_____
Bewohnern	_____	_____
allgemein	_____	_____
gegenüber	_____	_____
schwierigen	_____	_____
Bewohnern	_____	_____

Bitte nennen Sie wörtliche Äußerungen von schwierigen Bewohnern, auf die Sie n i c h t wissen, wie Sie reagieren sollen.

Äußerung 1: _____

Äußerung 2: _____

A 3.2.5.2 Fragen zu Veränderungen persönlicher Schwierigkeiten

Damals habe ich Sie nach Ihren persönlichen Schwierigkeiten gefragt.*

Sie haben angegeben, daß Sie Angst haben vor

Wenn Sie im Nachhinein beurteilen müßten: Wie groß war Ihre Angst damals:

Ich hatte damals

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
sehr starke		starke		viel		ein wenig		sehr wenig	
Angst/Un-		Angst/Un-		Angst/Un-		Angst/Un-		Angst/Un-	
sicherheit		sicherheit		sicherheit		sicherheit		sicherheit	

Hat sich Ihre Angst in der Zwischenzeit verändert? Haben Sie das Gefühl, daß Sie diese Angst mehr bewältigen können?

Ich habe heute vor

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
sehr starke		starke		viel		ein wenig		sehr wenig	
Angst/Un-		Angst/Un-		Angst/Un-		Angst/Un-		Angst/Un-	
sicherheit		sicherheit		sicherheit		sicherheit		sicherheit	

Sie hatten damals angegeben, daß eines Ihrer größten Probleme im Leben ist; versuchen Sie bitte einmal heute zu beurteilen, ob sich dieses Problem für Sie irgendwie verändert hat.

Dieses Problem ist	<u>Ich glaube</u> , daß	Ich bin si-	Ich	Dieses
nach wie vor eines ich dieses Pro-		cher, daß sich habe		Problem
meiner größten; in blem jetzt <u>etwas</u>		an diesem Pro-	dieses	habe ich
der Zwischenzeit <u>besser</u> bewältigen	blem <u>etwas zum</u>	Problem	jetzt	
hat sich <u>nichts</u>	kann; aber ich	<u>Positiven</u> ge-	jetzt	<u>nicht</u>
<u>verändert.</u>	bin nicht so	wendet hat.	<u>weit-</u>	<u>mehr.</u>
	sicher.		<u>gehend</u>	
			im Griff.	

Vielleicht erinnern Sie sich noch an Ihre Antworten, was Sie im Umgang mit Bewohnern lernen/verlernen möchten, was Sie verändern möchten; treten diese Verhaltensweisen jetzt häufiger/seltener auf?

Insgesamt betrachtet hat sich bei diesen Verhaltensweisen

6	5	4	3	2	1
sehr viel	viel	manches	eher wenig	sehr wenig	nichts ver-
verändert	<u>ver-</u>	verändert	verändert	verändert	ändert
	<u>ändert</u>				

*vgl. dazu A 3.2.5.1

A 3.2.6 Fragen zur langfristigen Bewertung
("Follow-up-Fragebogen")

Bitte kennzeichnen Sie mit 3 Kreuzen, wie Sie zu den folgenden 3 Fragen stehen.

1. Versuchen Sie bitte möglichst genau einzuschätzen:

Wie oft denken Sie in Ihrem beruflichen Alltag bewußt an das, was im Kurs behandelt worden ist - oder anders ausgedrückt: wie oft wird Ihnen bewußt, daß das, was behandelt wurde, noch heute eine echte Hilfe für Sie ist?

Ich denke bewußt an das im Seminar Gelernte:

0	1	2	3	4	5
sehr selten	selten	gelegentlich	manchmal	oft	sehr oft

2. Tragen Ihre Vorgesetzten seit der Teilnahme am Seminar mehr Verantwortung an Sie heran?

☐ ja, sehr viel mehr ...

☐ ja, viel mehr ...

☐ ja, etwas mehr ...

☐ nein, nicht mehr ...

Verantwortung

3. Erst mit der Erfahrung bemerkt man oft, ob die früher gelernten Dinge im beruflichen Alltag wirklich anwendbar sind. Wie würden Sie heute - fast ein Jahr nach Beendigung des Seminars die folgende Frage einschätzen: Wieviel Brauchbares und Nützliches haben Sie insgesamt in diesem Seminar dazugelernt?

Bitte geben Sie an, wie Sie diese Frage heute sehen?

Ich habe an Brauchbarem und Nützlichem dazugelernt:

5	4	3	2	1	0
sehr sehr viel	sehr viel	viel	es geht	wenig	sehr wenig

Ich bedanke mich noch einmal für Ihre Mitarbeit und möchte Sie bitten, die beiden Bögen in dem beiliegenden Freiumschlag möglichst noch in diesem Monat Februar zurückzuschicken.

Danke.

A 3.3 AUSGEWÄHLTE FRAGEN ZUR BILDUNGS-, ARBEITS- UND HEIMSITUATION

A 3.3.1 Verschiedene Fragen an Pflegende (u.a. zur Arbeits- und Bildungssituation)

1. Anzahl der Personen, die Sie in Ihrem Arbeitsbereich betreuen
(Wohnbereich/Pflegestation/Kombination)
2. Verteilung dieser Personen nach Pflegebedürftigkeitsgruppen (nicht erhöht pflegebedürftig; erhöht pflegebedürftig und schwer pflegebedürftig)
3. Wie groß ist Ihre durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche (als Arbeitszeit gilt die Zeit, die Sie für alte Menschen zur Verfügung stehen (einschließlich der kleinen Pausen/Kaffee trinken) und die Zeit, die Sie z.B. für Aktenführung usw. benötigen). Bitte beurteilen Sie nur das, was für Sie persönlich gilt
bis 10 (); 11 - 20 (); 21 - 25 (); 26 - 30 ();
31 - 40 (); 41 - 50 (); 51 - 60 (); über 60 ()
4. Wieviel Überstunden machen Sie im Durchschnitt pro Woche?
1 - 3 (); 4 - 6 (); 7 - 9 ();
10 - 12 (); 13 - 15 (); 16 u. mehr (); keine ()
5. Der nächste Punkt fragt nach Ihrer Arbeitszufriedenheit vor Beginn des Seminares. Bitte geben Sie ehrlich an, wie Sie sich durchschnittlich fühlten (also Schwankungen eingerechnet).
sehr zufrieden (); zufrieden (); mehr zufrieden als unzufrieden (); mehr unzufrieden als zufrieden (); unzufrieden (); sehr unzufrieden ()
6. Was finden Sie heute an Ihrer Arbeit unbefriedigend - unabhängig von Ihrer Arbeitszufriedenheit? Bitte beurteilen Sie Ihre ganz persönliche Situation (z.B. wenn Sie Schwierigkeiten mit der Heimleitung haben, machen Sie dort bitte ein Kreuz). Bitte geben Sie den allgemeinen Eindruck Ihrer Arbeitsplatzsituation wieder.
nichts (); große Hast, zu wenig Zeit für Bewohner (); Schwierigkeiten mit der Heimleitung (); Freizeit zu knapp oder zu unregelmäßig (); Heim ist unzureichend ausgestattet (); Sorgen mit

dem Personal/den Mitarbeitern (); zu wenig Gehalt (); zu wenig Personal (); Sonstiges _____

7. Welche Erfahrungen haben Sie früher mit dem Themenbereich der Psychologie gemacht? (z.B. in der Ausbildung; während der Berufszeit; von Kollegen viel über Psychologie gehört oder eine eigene Therapie; in einer Gruppe mitgearbeitet, in der hauptsächlich psychologische Fragen besprochen wurden; spezielle Aus- oder Fortbildung mit psychologischen Schwerpunkten; Pflege von Verwandten usw.) Bitte geben Sie in den folgenden Zeilen mit Zahlen an, welcher Art Ihre Erfahrungen mit Psychologie waren.

_____ ()

_____ ()

_____ ()

sehr viel gelernt: 3; viel gelernt: 2; etwas gelernt: 1;

8. Was für eine Tätigkeit haben Sie ausgeübt, bevor Sie den Arbeitsplatz in der Altenpflege begonnen haben (z.B. Hausfrau, Krankenschwester u.ä.)

9. Haben Sie Weiterbildungsveranstaltungen besucht (ausschließlich dieses Kurses)? Bitte geben Sie die Themen an und rechnen Sie aus, wieviel Tage die Fortbildung dauerte.

A 3.3.2 Fragen zur Heim- und Bewohnersituation

Sehr geehrte Damen und Herren,
für eine statistische Erhebung im Rahmen der Weiterbildung Ihrer Mitarbeiter möchten wir Sie bitten, die folgenden Angaben über die Heim- und Bewohnersituation Ihres Hauses zu machen.

Mit freundlichen Grüßen und vielen Dank im voraus.

G.M.

1. Art der Einrichtung und Anzahl der Heimbewohner

	Wohnform	Anzahl der Bewohner insgesamt	Anzahl der Pflegebedürftigen schwer* mittel* leicht*
1.1	<u>Wohnheim</u>		
1.2	<u>Altenheim</u>		
1.3	<u>Pflegeheim</u>		
1.4	<u>Altenkran- kenheim</u>		
1.5	<u>Tagespfle- geheim</u>		

Kombination bitte mehrfach angeben

*Im Sinne der 'neuen' Heim-Mindest-Personal-Verordnung: gesteigert pflege- und betreuungsbedürftig, pflegebedürftig, nicht pflegebedürftig, aber betreuungsbedürftig.

- - - - -

A 3.3.3 Übersicht über ANHALTSZAHLEN FÜR DEN PERSONALBEDARF in Alteinrichtungen

A) Randbedingungen: unbekannt

B) Pflegebedürftigkeitsgruppen: *

Es werden drei Pflegebedürftigkeitsgruppen unterschieden:

- a) nicht erhöht pflegebedürftig, 1 : 19,
- b) erhöht pflegebedürftig, 1 : 4,8, ist, wer über die übliche Versorgung hinaus wegen körperlicher oder geistiger Behinderung nicht nur vorübergehend bei Verrichtungen des täglichen Lebens, wie beim Ankleiden und Frisieren o.ä. fremder Hilfe bedarf,

Quelle: § 3 der Allgemeinen Vereinbarung der Pflegesatzkommission im Lande Nordrhein-Westfalen vom 24.6.1969. Stand: Januar 1977.

c) schwer pflegebedürftig, 1 : 2,9, ist, wer infolge seiner körperlichen oder geistigen Behinderung so hilflos ist, daß er dauernder Hilfe bedarf, weil er

- beim Gehen geführt oder im Krankenfahrstuhl gefahren werden muß,
- dauernd bettlägerig ist,
- nicht allein essen kann,
- dauernder Aufsicht oder einer Nachtwache bedarf,
- die Funktionen der Blase und des Darmes nicht mehr unter Kontrolle hat

oder wegen anderer erschwerender Umstände eine über die unter b) genannten Fälle hinausgehende Hilfe benötigt. Vorausgesetzt wird jedoch, daß die Hilfe nicht von anderen Pfleglingen geleistet wird.

C) Absatz:

- Hauswirtschaft 1 : 7,6
- Verwaltung 1 : 50

A 4 E R G E B N I S S E

Tabelle A 4, 1: Verteilung der Pflegebedürftigkeitsgruppen pro Station
(N=Anzahl der "Stationen"; $\bar{x}$ = Plätze pro Pflegebedürftigkeitsgruppe;
s = Streuung; W=Wohnbereich; P=Pflegebereich)

	W			W/P			P		
	S	E	N	S	E	N	S	E	N
VG	N	5			6			9	
	$\bar{x}$	0.83	8.2	9.2	5.16	4.33	6.83	10.22	5.78
	s	(1.33)	(6.83)	(6.30)	(4.11)	(3.14)	(4.31)	(7.18)	(3.38)
								(3.65)	
KG I	N	3			6			5	
	$\bar{x}$	1.00	6.33	13.33	2.5	5.00	13.33	8.80	8.00
	s	(1.73)	(3.21)	(5.51)	(1.36)	(4.52)	(9.97)	(4.55)	(4.18)
								(2.30)	
	N	8			12			14	
	$\bar{x}$	1.42	7.27	11.27	3.83	4.67	8.82	9.51	6.90
	s	(1.53)	(5.02)	(5.91)	(2.75)	(3.83)	(7.14)	(5.87)	(3.78)
								(2.78)	(4.21)
								34	
								4.92	6.28
								(3.38)	(5.28)

In Prozentwerten ausgedrückt ist die Verteilung der Pflegebedürftigkeitsgruppen in 34 Stationen
wie folgt: schwer pflegebedürftige Personen 26 % (± 18 %);
erhöht pflegebedürftige Personen 33 % (± 22 %);
nicht erhöht pflegebedürftige Personen 41 % (± 28 %).

Auswertung

Die Sorge um den alten Menschen I

(Angaben der Versuchsgruppenteilnehmer zu Fragen 5.-7. der "Fragen zur Bewertung einzelner Lernabschnitte")

5. Für meinen Beruf als Altenpfleger/in war besonders wichtig:

a) bei der Thematik von Herrn M.:

- Prinzip der Verhaltenstheorie: Aufgabenbereiche; verhaltensorientiert, nicht verhaltensorientiert; Selbsterfahrung; zusammenfassende Wiederholung
- daß ich den Bewohner durch mein Verhalten in eine verbesserte Lage bringen kann; damit er sich besser umsorgt und verstanden fühlt.
- Selbstbild - Fremdbild; wie sehe ich mich - wie sehe ich den anderen; nicht verhaltensorientiert - verhaltensorientiert.
- theoretische Zusammenhänge der Psychologie und deren Anwendung auf mich und die Bewohner; verhaltensorientiert und nicht verhaltensorientiert
- etwas zu erfahren über das Selbstbild und Fremdbild; zu lernen auf meine Gefühle zu achten und auf die Gefühle der Bewohner; mein und das Verhalten anderer zu sehen, um so bessere Entscheidungen zu treffen zugunsten des Allgemeinwohls
- daß ich mich bemühen muß, auf das Verhalten des Bewohners einzugehen. Ich darf nicht Zeitmangel vorschieben.
- Selbstbild - Fremdbild; diagnostischer Urteilsprozeß; ich kann das so schlecht formulieren. Ich würde sagen, die ganze Thematik war gut, und ich kann viel davon mitnehmen.
- Selbstbild - Fremdbild; Beobachtung und Urteile über den Bewohner; Verhaltenstheorie
- wie fühlt sich der alte Mensch in Wirklichkeit? So kann ich wirklich helfen.
- Selbstgefühle des Bewohners; Selbstbild - Fremdbild; Diskussion, Hierarchie - Macht - Verantwortung; diagnostischer Urteilsprozeß; verhaltensorientiert - nicht verhaltensorientiert
- wie sehe ich als Mitarbeiter den Bewohner? Was hat mein Verhalten mit dem des Bewohners zu tun? Einführung in die Verhaltenstheorie
- Selbstbild - Fremdbild; Verhaltenstheorie
- Selbstgefühl der Bewohner; Entscheidungskonflikte; Selbstbild - Fremdbild; mein Verhalten gegenüber dem Bewohner
- Verständnis für den alten Menschen; wie sehe ich als Mitarbeiter den Bewohner?
- unser Selbstverständnis; das Selbstbild des Bewohners; noch ein Fremdbild; unsere Beobachtung und Urteile über den Bewohner
- Die Sorgen und Nöte von der Seite des alten Menschen zu sehen
- Einführung in das Seminar

- Selbstbild; wie sehe ich als Mitarbeiter den Bewohner; Urteile über Bewohner; wie sehe ich den anderen; Diskussion - Beobachtungen; Urteile
- unser Selbstverständnis der Heimsituation
- in das psychische Empfinden eines alten Menschen besser einzugehen; die Themen Selbstbild - Fremdbild waren gut gewählt
- daß ich jetzt anders über den anderen Menschen denke und urteilen kann, ihn ein wenig besser einschätzen und verstehen kann als vorher
- daß man ein ganz anderes Menschenbild vom Bewohner bekommt und ihn auch ganz anders einstuft, egal, ob er ein problematischer oder ein nicht problematischer Bewohner ist
- Selbstbild - Fremdbild; Prinzip der Verhaltenstheorie; diagnostischer Urteilsprozeß
- da ich noch keine Altenpflegerin bin, war für mich alles sehr lehrreich
- alle Themen waren für mich sehr wichtig, weil der Beruf als Altenpfleger noch sehr jung ist. Gerade die Erwartungen und Verhaltensweisen werden nicht richtig gesehen und verarbeitet.

b) bei der Thematik von Herrn E.:

- das Thema von Herrn E. war für mich sehr anstrengend. Trotzdem habe ich in der Soz.-Beziehung etwas behalten
- interessant war das Rollenspiel
- Theorie über soziale Grundbegriffe
- die Einstellung zum eigenen Alter kann mein Verhalten beeinflussen
- habe ich nichts Besonderes von mitgenommen; interessant war das Rollenspiel zwischen Bewohner, Heimleitung, Angehörige, Pfleger
- das Rollenspiel "Was erwarten wir voneinander?"
- wie die Beziehungen zueinander zustandekommen und Verbindung zu Gott hin
- was erwarten wir voneinander? Welche Aspekte sind typisch für Bewohner
- soziale Beziehungen im Altenheim
- die sozialen Beziehungen im Altenheim
- die Rolle des alten Menschen in unserer Gesellschaft
- was erwarten wir voneinander?
- die Probleme, die der Bewohner hat
- die Rolle des alten Menschen
- das Rollenspiel fand ich lehrreich
- soziale Beziehungen im Altenheim
- Ich habe gesehen, wie wichtig es ist, das Bewohner nicht als Randgruppe von der Öffentlichkeit angesehen werden und sich von den Angehörigen nicht abgeschoben fühlen.
- die Begriffe zu definieren psychologisch - soziologisch; soziale Rolle bzw. Beziehung

- mir schien, daß Herr E. wenig vorbereitet war und daher unsicher wirkte

c) bei der Thematik von Herrn S.:

- das Bekenntnis zur Menschenwürde ist das Bekenntnis des Menschen zum Menschen als höchsten Wert
- das Thema "Christliches Menschenbild" hat mein Allgemeinwissen etwas erweitert. Der Nachmittag war gut.
- ich habe gelernt, die 3 Menschenbilder zu erkennen und zu unterscheiden
- Rechtsstellung des alten Menschen, meine rechtliche Stellung und die daraus resultierende Verantwortung; Bedeutung des christlichen Menschenbildes
- etwas zu erfahren über den Menschen, seine Würde, seine Rechte, sein sich einordnen in die Gemeinschaft, die verschiedenen Gemeinschaftsformen; Liberalismus, Sozialismus und die christliche Gesellschaftslehre
- versuchen, das christliche Menschenbild in meinem Alltag zu verwirklichen
- die Thematik war recht interessant; Grundrechte wurden vertieft, das christliche Menschenbild erneuert
- das christliche Menschenbild und auch Grundrechte
- nun sehe ich das Grundgesetz ganz neu, die christlichen Grundlagen, die dieses Gesetz fundieren
- Psychologie und Soziologie, das Verhalten des einzelnen und untereinander, die Grundrechte
- Unterschiede verschiedener Menschenbilder; christliches Menschenbild
- die Menschenrechte
- Menschenrechte und christliches Menschenbild
- das Recht des alten Menschen
- Menschenrechte und christliches Menschenbild
- Menschenbild, und ich habe die drei Bilder kennengelernt
- nie zu tief in den Privatbereich eindringen, es könnte die Würde verletzen
- in meinem Beruf vorsichtig zu sein, alles ordnungsgemäß zu verrichten und so etwas wie Unzuverlässigkeit in bestimmten Sachen verhüten bes. auch im Privatbereich
- ich habe erkannt, daß es drei Menschenbilder gibt: kollektives, liberalistisches und christliches Menschenbild
- die Menschenbilder zu unterscheiden, Unterschied zwischen Mensch und Persönlichkeiten, Einstufungen der Fahrlässigkeiten
- war auch sehr lehrreich
- wußte ich, auf welcher Ebene ich stehe oder zumindest wurde ich angeregt, mich zu kontrollieren. Grundrechte des Menschen; Begriffe wie Sozial - Liberal - christliche Gesellschaft wurden mir klarer

6. Ich glaube, daß für meinen Beruf folgende Themen nicht so wichtig waren:

- die Stunde bei Herrn E. Er sprach so monoton. Sozialcharakter - Gefühle - Beziehung habe ich nicht begriffen.
- die theoretischen Grundlagen etwas geraffter, da ich für mich selbst in Literatur usw. arbeiten kann; dafür mehr Arbeit im persönlichen Umgang mit diesen Grundlagen.
- die Besichtigung hat mich persönlich kaum bereichert. Die Atmosphäre war mir zu steril und alles sah so perfekt aus.
- mit dem, was Herr E. vorgebracht hat, kann ich nichts anfangen
- ein Modellaltenheim und unsere Erfahrungen
- Kollektives bei Herrn S.; bei Herrn E. Soziale Beziehungen habe ich nicht begriffen
- der soziale Bereich ist schon wichtig, aber er müßte anders angeboten werden, der "rote Faden" fehlte total

7. Für mich persönlich war in dieser Woche am wichtigsten:

- das Erlebnis der Gemeinschaft mit gleichen Interessen; etwas lernen, was dem Wohl der alten Menschen dient
- mich in eine Gruppe überhaupt hineinzufinden; gemeinsam mit ihr zu arbeiten und "ein wenig" Selbstsicherheit zu gewinnen; den Bewohner auch einmal von einer ganz anderen Seite zu sehen
- die Stunden beim Herrn M. Dort ist mir aufgegangen, daß ich den alten Menschen ernst nehmen und auf seine Wünsche mehr eingehen muß und seine charakt. Eigenschaften sind mir mehr bewußter geworden
- Rückmeldungen von Gruppenmitgliedern über mein Verhalten; Austausch von Erfahrungen; persönliche Verarbeitung von Schwierigkeiten; daß ich meine Einstellung offen aussprechen konnte und Reaktionen darauf wahrnehmen konnte z.B.: Zustimmung, Korrektur, Hinweise auf Aussagen von mir, widersprüchliches Verhalten
- der Abstand vom Alltag, das Erfahren neuer Kenntnisse z.B. Verhalten, Gefühle, wie ich auf den alten Menschen wirke, wie alles in Beziehung zueinander steht
- daß es in meiner Möglichkeit liegt, echte Nächstenliebe zu verwirklichen; daß sich jede Anstrengung lohnt.
- etwas zu erfahren über das Selbst- und Fremdbild; daß ich nicht aufgeben darf bei problematischen Bewohnern; daß ich mich rückversichern muß; daß ich Gefühle wahrnehmen muß
- Über vieles mehr nachdenken, was ich sonst nicht so sehr wichtig nahm
- zu erspüren, was geht im alten Menschen vor? Und wie habe ich mich einzustellen?
- Die Studienwoche mitmachen zu dürfen, da mir all diese Themen noch nicht bekannt waren; Selbstgefühle des Bewohners; Beziehungen zwischen Selbst- und Fremdbild; diagnostischer Urteilsprozeß
- durch das Zusammensein und arbeiten der Gruppe Erfahrungen zu sammeln und zu lernen

- die Verhaltenstheorie, Selbst- und Fremdbild, Menschenrechte; die ganze Zusammenfassung der Woche
- etwas Neues zu lernen, was später in meinem Beruf nützlich ist z.B. wie ich Konflikte lösen kann, besseren Kontakt mit den Bewohnern und Mitarbeitern bekommen kann
- Wie sehe ich als Mitarbeiter den Bewohner; Urteile über den Bewohner; was hat mein Verhalten mit dem Bewohner zu tun
- ich meine, die ganze Thematik war sehr wichtig für mich
- das Selbstbild unserer Bewohner; wie sehe ich als Mitarbeiter die Bewohner; was erwarten wir voneinander
- die Einführung in das Seminar
- die Stunden bei Herrn M.; ich lernte erkennen, mit alten Menschen umzugehen, und daß ich sie ernst nehmen muß
- die Wiederholung der Themen von Herrn M.
- die Anregungen der Referenten; auch der Kontakt mit Berufskollegen
- daß ich jetzt wieder neu anfangen kann auf meiner Station und den alten Menschen in seinem Verhalten besser helfen kann durch alle Anregungen
- daß man ein klares Bild von dem "alten Menschen" und seinen Eigenarten bekommen hat, was einem sonst gar nicht so bekannt würde
- daß alle Teilnehmer mehr oder weniger die gleichen Probleme hatten; daß sich niemand erhaben über den anderen stellte; daß man ohne Scheu die Referenten befragen konnte. (jede Frage wurde als "das ist wichtig oder richtig" entgegengenommen)
- wie man alte Menschen behandeln muß und was man für sie tun kann

Auswertung

Die Sorge um den alten Menschen II

5. Für meinen Beruf als Altenpfleger/in war besonders wichtig:

a) bei der Thematik von Herrn M.:

- die Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung und einführendes Verstehen; die Skala und Beispiele waren sehr hilfreich; zum Schluß die zusammenfassende Wiederholung
- Grundlagen eines helfenden Gesprächs; Übungen zur Wahrnehmung der Gefühle des alten Menschen; Übungen zum helfenden Verhalten
- Rahmen für psychologische Betreuung; Beziehung zu Bewohner und Pflegendem; Selbsterfahrung, Selbstauseinandersetzung, einführendes Verstehen; Skala und Beispiele zur Beobachtung des Gesprächspartners; Skala und Beispiele zum Helferverhalten (Paargespräch)
- Einführung in eine Form der Gesprächsführung; Rahmen für psychologische Betreuung; Skala zur Selbstauseinandersetzung; Stufen psych. Betreuung, Alternspsychologie; Beziehungen zwischen Bewohner und Pflegendem; Selbsterfahrungen, Verstehen, Ansprechen von Gefühlen
- Rahmen für eine psychologische Betreuung; Beziehung zu Bewohner und Pflegendem; Selbsterfahrung; Problemlösungen
- Beziehung zu Bewohner und Pflegendem; Selbsterfahrung; Stufen psychologischer Betreuung; Alternspsychologie
- neben den theoretischen Grundlagen die anschließend durchgeführten Übungen; insbesondere die Gebiete Selbsterfahrung, Selbstauseinandersetzung, Aspekte der psychologischen Beziehung
- Stufen psych. Betreuung - Alternspsychologie; Beziehung zum Bewohner = Problemlösung; Gesprächsführung; Selbstauseinandersetzung; Einfühlungsvermögen = Verstehen von Gefühlen; Paargespräch
- Rahmen und Stufen für eine psychologische Betreuung, Alternspsychologie; Beziehung zwischen Bewohner und Pflegendem; Problemlösungsschema
- psych. Betreuung; Beziehung zum Bewohner und Pflegenden; das Gespräch mit dem Bewohner
- Selbstauseinandersetzung; Selbsterfahrung; Paargespräch
- die Einstellung und das Verhalten des beruflichen Alltags
- die personenzentrierte Gesprächsführung; das Eingehen auf unausgesprochene Wünsche (Notsignale) des Bewohners
- ich habe von jedem Thema etwas gelernt
- ich habe von jedem Thema etwas gelernt
- Gesprächsführung; auf eigene und auf die Gefühle des anderen zu achten; "Das Alter"
- personenzentrierte Gesprächsführung; Problemlösungsschema; Stufen psychologischer Betreuung; Selbstauseinandersetzung; Selbsterfahrung; Alternspsychologie

- daß die psych. Betreuung als Arbeit gilt, weil von seiten der Heimleitung kaum Verständnis dafür gezeigt wird; daß pflegerische und psychische Betreuung in Einklang zu bringen sind; daß ich bei der Betreuung alter Menschen das Gefühlsleben nicht ausklammern darf
- ich fand alles wohl sehr wichtig; für mich persönlich möchte ich behalten, daß es wichtig ist bei Gesprächen, sich in den anderen hineinzu fühlen, hineinzuhorchen
- ich finde, daß alles für mich sehr wichtig war, um so den Bewohnern eine bessere psychologische Betreuung zu geben
- Problemlöseschema; Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung; Selbsterfahrung
- Alternspsychologie; Beziehung zwischen Bewohner und Pflegendem; Entspannungsübungen; einführendes Verstehen; Ansprechen von Gefühlen; Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung
- war mir alles wohl sehr wichtig
- Rahmen für psych. Betreuung; Problemlöseschema; Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung; Selbstauseinandersetzung; Beispiele zur Beobachtung des Gesprächspartners; einführendes Verstehen; Ansprechen von Gefühlen; Paargespräch
- Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung; das Ansprechen von Gefühlen und wie ich damit umgehe, ist mir klar geworden; an den Stufen der Skala zur Selbstauseinandersetzung habe ich viel lernen können.

b) bei der Thematik von Herrn O.:

- kann ich einem Menschen Sterbebeistand leisten?
- daß der kranke, alte Mensch das Recht hat auf eine gute ärztliche Betreuung genauso wie ein junger Mensch
- Altersmedizin, Euthanasie, Psychiatrie
- Altersmedizin, Euthanasie, Psychiatrie; daß er sich bei Schwierigkeiten für uns einsetzen will; er zeigte ein großes Interesse für den Bewohner
- Altersmedizin, Euthanasie, Psychiatrie
- seine eindeutige Stellungnahme zum Bereich Euthanasie und dem Wert des Lebens auch im Alter
- die richtige Ernährung im Alter
- Alterskrankheiten, Ernährung, Euthanasie
- man muß immer helfen, selbst wenn es fast aussichtslos zu sein scheint
- hat mich sehr beeindruckt, für den Bewohner
- der alte Mensch ist eine Persönlichkeit; Leben erhalten, auch wenn es sinnlos scheint
- Veränderungen im Alter
- mir ist deutlich geworden, daß das Pflegen und Helfen von alten Leuten sinnvoll und wichtig ist und wir sie so schnell zur Seite schieben

- Altersmedizin
- daß beim alten Menschen gleich mehrere Krankheiten zugrunde liegen können; daß die Selbstmordziffer bei alten Männern bei 81 % liegt.
- mir wurden einige Zusammenhänge der Krankheiten klarer; ich fand es gut, mal zu hören, daß auch von alten Menschen positiv gesprochen wird.
- um alte Menschen besser verstehen zu können mit ihren Beschwerden
- war für mich beeindruckend, daß er ein ungeheueres Verständnis für den alten Menschen hat
- die Zusammenhänge von Körpergewicht und Krankheit; Verwirrheitszustände und organische Krankheiten

6. Ich glaube, daß für meinen Beruf folgende Themen nicht so wichtig waren:

- die Bereiche Selbsterfahrung, Selbstauseinandersetzung nicht direkt für meinen Beruf, jedoch für mich persönlich, um mich überhaupt im Beruf fähig und effektiv zu machen. Als Grundlage, um überhaupt psychologisch betreuen zu können.
- es gab kein Thema, wo ich nicht irgendetwas herausnehmen konnte
- Stufen psychologischer Betreuung
- Altersmedizin
- die Beziehung vom Bewohner und Pflegenden, sowie Problemlöseschema, Gesprächsführung, einführendes Verstehen, Ansprechen von Gefühlen
- die Stadtführung, die Besichtigung der Sozialstation
- die Besichtigung

7. Für mich persönlich war in dieser Woche am wichtigsten:

- wie kann ich einem Menschen in einer Problemsituation helfen
- daß ich aktiver mitarbeiten konnte; weniger unsicher war
- Selbstauseinandersetzung; Selbsterfahrung; Skala und Beispiele zum Helferverhalten
- Selbstauseinandersetzung, Selbsterfahrung, Skala und Beispiele zur Beobachtung des Gesprächspartners
- Skala zur Selbstauseinandersetzung; Selbsterfahrung; Beziehung zwischen Bewohner und Pflegendem
- einführendes Verstehen; Aussprechen von Gefühlen; Skala und Beispiele zur Beobachtung des Gesprächspartners; Selbstauseinandersetzung
- einführendes Verstehen (Paargespräch); daß man manches gehört hat, was man vorher gar nicht so beachtet hat
- die gedanklichen Korrekturen durch Gruppenmitglieder, aber genauso die Bestätigungen meiner Meinungen, die mir reich gemeldet wurden
- wie kann oder soll ich meine Gefühle zeigen, und wie kann ich meine Probleme lösen!? Wie soll ich ein Gespräch mit dem Bewohner führen?

- Selbstauseinandersetzung, Selbsterfahrung, einführendes Verstehen, Ansprechen von Gefühlen, Gefühle zu empfinden, mehr auf Gefühle eingehen
- Selbstauseinandersetzung, einführendes Verstehen, Problemlöseschema
- einführendes Verstehen
- daß ich den Bewohner ernst nehme
- Beziehung zwischen Bewohner und Pflegendem; mich noch mehr auf ihn einstellen; versuchen, eigene Probleme zurückzustellen
- mich besser zu verstehen
- Rahmen für eine psychologische Betreuung
- auf die Gefühle des alten Menschen zu achten und einzugehen; ich hoffe, dadurch mehr Sicherheit im Gespräch zu finden; eine gewisse Beruhigung für mich, seine eigenen Gefühle auch dem anderen zeigen zu dürfen
- Gesprächsführung, Problemlöseschema, Selbstauseinandersetzung, Selbsterfahrung
- daß ich meine eigene Begrenztheit erfahren habe; daß innerhalb dieser Gruppe bei der Betreuung alter Menschen wesentliche Unstimmigkeiten sind (fast zum Streitgespräch einiger Gruppenteilnehmer)
- mehr auf die Gefühle, auf Gespräche der alten Menschen eingehen
- zusammenfassende Wiederholung; Film
- Alternspsychologie; Beziehung zwischen Bewohner und Pflegendem; Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung
- kennenzulernen, wie wichtig bei allen die Gefühle mitspielen; daß man sich da doch einmal kontrolliert
- Rahmen für eine psychologische Betreuung; Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung und die Übungen anhand der Zettel

8. Wenn Sie diese Woche noch einmal besuchen würden, was sollte dann geändert werden?

- es war alles gut; ich fand die Themen gut gewählt
- ich würde wünschen, daß mehr praktische Übungen gemacht würden z.B. Rollenspiel eines Gespräches zwischen Bewohner und Pflegendem. (Mir persönlich würde ein Rollenspiel aber sehr schwer fallen.)
- ich wünschte mir ein intensiveres Einbringen von persönlichen Schwierigkeiten; ich hätte noch mehr persönliche Begegnungen suchen sollen
- einmal zu den Fragebögen Stellung zu nehmen; mehrmals Gruppenübungen zu machen; ich würde mich freuen, auch unseren Gruppenleiter einmal im "Pütt" begrüßen zu können
- mehr Gruppengespräche
- in kleinen Gruppen zu arbeiten
- direkter auf die Fragen der einzelnen eingehen; Auflockerung durch Rollenspiele; zum äußeren Rahmen, daß der erste Abend für uns frei ist

- noch mehr auf die personenzentrierte Gesprächsführung eingehen; ansonsten würde ich nichts ändern, außer daß der erste Abend frei ist
- das Gebiet der Psychologie ist so umfassend, daß schon ein Nachholbedarf da ist, aber es war in den ersten Tagen zu viel; vielleicht wäre eine Unterbrechung durch Rollenspiele oder ähnliches angebracht gewesen, um das Ganze aufzulockern.
- ich fand die Woche gut, es war wohl viel, aber ich möchte auch nichts davon missen
- mehrere Hinweise
- mehr praktische Hinweise
- öfters eine kleine Pause
- meiner Meinung nach sollen die Themen wie Referate und die Übungen ganz durchgearbeitet werden. Das gibt mir Sicherheit. Allein durchgearbeitete geben mir nicht Gewißheit, ob mein Denken richtig ist
- evtl. bessere Absprachen, ob man den Abend frei oder gemeinsam gestalten sollte

Auswertung

Die Sorge um den alten Menschen III

5. Für meinen Beruf als Altenpfleger/in war besonders wichtig:

a) bei der Thematik von Herrn M.:

- Selbstbetroffenheit - Selbsthilfe - Notsignale - Sterbebeistand
- Selbstkontrolle - Selbsthilfe - Sterbebeistand - zuhören in der Gruppe, Verhaltensübungen, Notsignale, sich auf den Bewohner einlassen
- daß die psychologische Hilfe beim Sterbebeistand besprochen wurde und man die Formen der Euthanasie zu hören bekam
- zuhören; den eigenen Tod sterben lassen; daß ich bei allem, was ich tue, verhältnismäßig bleibe, d.h. meine Handlungen und mein Verhalten müssen immer im richtigen Verhältnis zum erklärten Ziel stehen
- ich habe sicher gelernt, mehr auf die Gefühle des Sterbenden einzugehen. Ich werde versuchen, ihm seine Wünsche zu erfüllen und ihn seinen eigenen Tod sterben lassen
- ich werde nächstens mehr mich selbst kontrollieren, um dann den alten Menschen dadurch besser helfen zu können, mehr auf die Notsignale des alten Menschen achten
- Sterbebeistand - Vorsorge - akute Hilfe - nachsorgen - Notsignale - Einführung depressives Verhalten, Phasen, Verhaltensübungen, Euthanasie
- Selbstkontrolle, Sterbebeistand (jeder soll seinen eigenen Tod sterben), Wünsche an das eigene Sterben, Verhaltensübungen, Notsignale
- die Stimmung in der Gruppe zu erfahren, wenn über Sterbebeistand gesprochen wird. Daß man sich selbst mit dem Tod oder Sterben auseinandergesetzt hat, um andere besser zu verstehen. Das Thema Notsignale ist wichtig für mich
- die Selbstkontrolle für angemessene Hilfe zur Selbsthilfe; einen sozialen Tod des alten Menschen zu verhindern; jeden seinen eigenen Tod sterben lassen
- die Selbstkontrolle und Selbsthilfe; die Notsignale des alten Menschen
- Selbstkontrolle, Sterbebeistand, Zuhören und Überblick, psychologische Hilfe beim Sterbebeistand; Notsignale - Einführung, depressives Verhalten - Phasen - Verhaltensübungen, Euthanasie
- daß ich versuche, dem Bewohner eine Vertrauensperson zu sein; meine Selbstkontrolle und Selbsthilfe mehr überprüfen werde ; daß ich im Sterbebeistand mir mehr Gedanken darüber machen werde
- die psychologische Hilfe im Alltag, bei der Sterbehilfe, da die medizinische und pflegerische Hilfe doch immer noch sehr den Vorrang hat

- dem Bewohner zu zeigen, daß ich immer für ihn da bin, wenn er Hilfe erwartet, z.B. durch Gespräche, Solidarität sollte ich ihm entgegenbringen
- Notsignale, unser Verständnis von Normalität, das diagnostische Urteil
- es ist mir aufgegangen, daß man nicht einfach einen Menschen abstem-peln kann; daß man sich nie ein direktes Urteil über einen Menschen machen kann; nur nach bestem Wissen und Gewissen kann ich mir ein Bild von jemandem machen
- Gespräche mit Sterbenden und Angehörigen
- Selbstkontrolle, Sterbebeistand, psychologische Hilfe
- Sterbebeistand - psychologische Hilfe, depressives Verhalten, Selbstmordgefährdung, Euthanasie
- Selbstkontrolle, Sterbebeistand, Gespräche mit den Angehörigen
- Sterbebeistand - Möglichkeiten und Voraussetzungen psychologischer Hilfe (hören auf die Wünsche des Schwerkranken bzw. Sterbenden und sie befolgen)
- Selbstkontrolle - Selbsthilfe, Sterbebeistand, Leben und der Tod, Phasen, Verhaltensübungen, Euthanasie, Notsignale
- Sterbebeistand, aktive Euthanasie und passive Euthanasie
- auf den Sterbenden mehr einzugehen
- Notsignale; depressives Verhalten; Vorsorge, akute Hilfe - Nachsorge; daß Sie sich locker gegeben haben, hat vielen den Mut gegeben, selbst was zu sagen (persönliche Anmerkung)

b) bei der Thematik von Herrn N.:

- daß ich etwas über das Heimgesetz gelernt habe
- daß ich erfahren habe, daß es ein Heimgesetz gibt und es dem Schutz des Bewohners dient
- daß man das Heimgesetz erklärt bekam
- sachliche Information über Sinn, Bedeutung und Inhalt des Heimgesetzes
- ich fand bei Herrn N. gut wie er sagte, alte Menschen sind Erwachsene, die älter sind als ich
- Heimgesetz, was für Funktionen die Heimbewohner dabei haben
- Heimgesetz
- etwas über das Heimgesetz zu hören und den Heimbeirat
- Absicherung des alten Menschen; Überwachung der Heimleitung
- daß das Heimgesetz relativ jung ist
- Heimgesetz
- mir ist bewußt geworden, daß man ohne das Heimgesetz doch nicht ganz herum kann
- daß es im Notfall immer noch ein Gesetz gibt, wo man sich dran halten kann

- ich wußte überhaupt nicht, daß es ein Heimgesetz gibt
- war für mich schwer. Ich weiß nicht, ob ich mich darüber äußern kann; finde es aber als notwendig, informiert zu sein
- das Heimgesetz der Bedeutung
- mir ist aufgegangen, wie wichtig auch der Bewohner Schutz und Recht braucht und auch wir die Rechtsnormen kennen müssen
- das Thema Heimgesetz fand ich etwas langweilig
- die Bedeutung des Heimgesetzes
- das Heimgesetz und seine Bedeutung
- Heimgesetz; Personalschlüssel, Heimaufsichtsbehörde
- was der Begriff Heimgesetz alles beinhaltet

c) bei der Thematik von Herrn F.:

- das religiöse Gespräch - Sinn des Handelns und Glaubens
- Sinn des Lebens
- Sinn des Lebens; daß man auch auf das "religiöse Gespräch" kam, was nicht geführt werden kann, ohne vorher ein privates Gespräch zu führen
- daß für ein religiöses Gespräch eine menschliche Beziehung schon bestehen muß; gerade hier: den eigenen Tod erleben lassen
- ein religiöses Gespräch, daß ohne menschliche Beziehung ist, geht verloren. Ich kann und darf mir meine Ohnmacht eingestehen
- um mit alten Menschen besser ein religiöses Gespräch zu führen
- religiöses Gespräch - Sinn des Lebens - Glaubensfragen
- ich wurde darin bestärkt, daß ich bei einem religiösen Gespräch ruhig hilflos sein darf
- die Erkenntnis, daß er die menschliche Verständigung, Anerkennung voraussetzt, um auch ein gutes religiöses Gespräch zu führen
- der Sinn des Lebens, einmal für mich selbst und auch durch mein Verhalten, etwa im Berufsalltag Sinn deutlich zu machen
- zu sehen, daß wir alle irgendwo ohnmächtig sind
- religiöses Gespräch - Sinn des Lebens - Glaubensfragen
- daß der Glaube doch eine wichtige Rolle im Sterben spielt und notwendig ist
- daß man dem Leiden immer noch einen Sinn geben kann; zuhören; Geduld haben; nicht aufgeben; beistehen
- Der Sinn des Lebens, ich glaube, ich werde dieser Frage beim Bewohner nicht mehr so leicht ausweichen
- war für mich wichtig, mit den Leidenden auszuhalten, mit durchstehen; im Gebet zu unterstützen
- daß auch ein Seelsorger als Beruf, auch befangen ist, mit Leidenden über den Sinn seines Lebens, Leidens wie auch Sterbens zu sprechen
- das religiöse Gespräch mit den Leidenden und Sterbenden

- seine eigene Ohnmacht zugeben zu können, auch Zuhörer zu sein; den Sinn des Lebens erkennen
- das religiöse Gespräch - Glaubensfragen
- das Gespräch mit Leidenden und Sterbenden
- religiöse Gespräche mit Leidenden und Sterbenden (das Anhören)
- unsere Ohnmacht aushalten können; für ein seelsorgerisches Gespräch ist ein persönliches Gespräch zuerst von Nutzen
- Sterben im religiösen Bereich
- daß das menschliche Gespräch immer dem religiösen Gespräch vorausgehen muß
- das Entstehen der Hilflosigkeit in Glaubensfragen und den eigentlichen Sinn des Lebens

6. Ich glaube, daß für meinen Beruf folgende Themen nicht so wichtig waren:

- für mich waren alle Themen wichtig, wenn ich auch nur zugehört habe
- es war alles sehr lehrreich und was besprochen wurde, so ziemlich von großer Bedeutung
- kann ich nichts angeben
- ich fand die Scherenschnittarbeit sehr interessant und auch abwechslungsreich, doch für meine jetzige Situation nicht anwendbar
- ich fand, daß diese Themen für meinen Beruf alle wichtig waren
- der Mittwochnachmittag war nicht wichtig
- Heimbeirat
- Scherenschnitte
- für mich war alles gleich wichtig; ich hoffe, daß ich so viel wie möglich in diesem Kurs lernen kann
- Heimgesetz
- Sterbebeistand
- Scherenschnitt; ich hätte auch lieber öfter in einer Kleingruppe gearbeitet, weil das alles für mich sehr anstrengend war

7. Für mich persönlich war in dieser Woche am wichtigsten:

- wie ich mit Sterbenden und Angehörigen zu sprechen und wie ich mich zu verhalten habe
- psychologische Hilfe beim Sterbebeistand; Scherenschnitte; das Erleben der Gruppe mit gleichen Interessen und Problemen
- psychologische Hilfe beim Sterbenden; die Einführung "depressives Verhalten" und Notsignale
- die Bedeutung des Zuhören-Könnens; die Erkenntnis, daß der Sterbende für mich kein Kranker mehr ist; die Wichtigkeit der Beachtung des "Jetzt und Hier" beim reagieren auf andere; positiv gewirkt hat auch der Scherenschnitt; ich habe mich gefreut, so etwas hinbekommen zu haben

- ich werde mir sicher viel mehr Zeit für einen Sterbenden nehmen und ihn meine Nähe spüren lassen. Mehr Obacht auch auf depressive Bewohner geben, sie evtl. nicht überfordern. Ich habe früher immer gemeint, ich müsse Gott weiß was unternehmen, und auf alles eine Antwort wissen. Nun ist mir klar geworden, daß ich auch zugeben darf, ich kann nicht mehr, ich kann nicht mehr weiter. Das mein Dasein unter Umständen auch genügt, und ich nicht viel tun brauche
- Selbstkontrolle - Selbsthilfe; Sterbebeistand; Notsignale; depressives Verhalten; Selbstmordgefährdung
- Sterbebeistand - psychische Hilfe beim Sterbebeistand; Notsignale; Phasen, Verhaltensübungen, religiöses Gespräch; Sinn des Lebens; Glaubensfragen
- ich fühlte mich wohl und konnte ziemlich gut mitarbeiten. Das Nachdenken über mein eigenes Sterben brachte mich in eine innere Verfassung, die mich ganz bereit macht, den Bewohnern im Sterben und auch in anderen Notsituationen gerne zu helfen
- daß ich für den Umgang mit alten Menschen neue Hilfen für mich sehe; daß ich mir einige Bewohner vorstelle, die ich einfach ansprechen müßte
- die Frage nach dem Sinn des Lebens
- zu erfahren, daß auch andere Menschen in manchen Situationen hilflos sind; zu sehen, wieviel Zuwendung wir unseren guten, alten Menschen auch im Sterben noch schenken können
- daß auch andere Menschen Angst und Probleme haben; Sterbebeistand; Selbstkontrolle
- wieder ein klein wenig Selbstsicherheit zu bekommen; viele Dinge zu erfahren, die mir oft Probleme bereitet haben
- Selbstkontrolle; religiöses Gespräch; zuhören in der Gruppe
- die Sterbebegleitung - ich fühle mich jetzt nicht mehr so unsicher und werde den Sterbenden als Menschen sehen; Gespräche mit den Kursteilnehmern über berufliche Schwierigkeiten
- alle Themen waren sehr wichtig
- daß ich nicht alleine unsicher bin in verschiedenen Situationen, sondern daraus eine Hilfe erfahre, einzelne Unsicherheiten dadurch überwinden zu können
- daß ich den sterbenden und selbstmordgefährdeten Bewohnern besser zu verstehen suche
- psychologische Hilfe beim Sterbebeistand; Euthanasie; depressives Verhalten und Selbstmordgefährdung
- die Sterbenden und Selbstmordgefährdeten besser zu verstehen suchen
- Sterbebeistand; religiöse Gespräche mit den Leidenden
- Selbstkontrolle - Selbsthilfe; Sterbebeistand; Verhaltensübungen; Euthanasie; Notsignale; Heimgesetz; Glaubensfragen
- psychologische Hilfe beim Sterbebeistand; Heimgesetz, die 5 Phasen bei Krebskranken
- Sterbebeistand; Selbstkontrolle - Selbsthilfe
- daß ich mein schwierigstes Erlebnis sagen durfte, und daß ich gespürt habe, daß der Grad der Schwierigkeit auch richtig gesehen wurde

Tabelle A 4, 2: Ergebnisse der Transferanalyse

Zur genauen Formulierung der "Skalen" vgl.

Anhang 3.1.3; I, II, III, IV und V kenn-

zeichnen die 5 Lernabschnitte; Angaben in %; N=25

Bereich (in Stich- worten)	I→II		II→III	III→IV	IV→V	$\bar{x}$
	3	19	12	15	0	12
Umgang gegenüber	2	50	73	54	86	66
Bewohnern verändert	1	31	15	31	14	23
	0	0	0	0	0	0
	3	8	4	19	0	8
Erfahrungen an andere	2	58	58	42	82	60
Mitarbeiter weitergeben	1	31	38	35	14	30
	0	4	0	4	5	2
	3	23	35	12	18	22
eigene	2	46	23	58	77	51
Weiterbildung	1	12	35	31	5	21
	0	15	4	0	0	5
	3	42	50	50	36	44
psychische Probleme	2	50	50	46	55	50
von Bewohnern bewußter	1	4	0	8	9	5
geworden	0	4	0	0	0	1
	3	54	31	38	23	37
wichtiges Erlebnis wirkt	2	38	62	50	72	56
in die Arbeit hinein	1	4	8	12	5	7
	0	0	0	0	0	0
	3	23	12	12	14	15
kann alten schwierigen	2	58	77	73	82	73
Menschen besser helfen	1	8	12	15	5	10
	0	8	0	0	0	2

Angaben der Teilnehmer zur Frage 43 der "allgemeinen Fragen zum Lernzuwachs" (VG)

- Ich achte mehr auf die Gefühle des Heimbewohners und das Allgemeinwohl; Hausarbeit und Pflege an 2. Stelle
- Gehe selbstsicherer auf Behörden zu, bin ruhiger geworden in Problemsituationen
- Ich bin sicherer geworden; ich gehe gelassener auf Bewohner zu; ich bin ruhiger geworden
- Höre eher/bewußter zu; nehme Notsginale wichtig und wahr
- Ich höre zu; bleibe ruhig
- Man nimmt sich mehr Zeit für den alten Menschen; besonders nimmt man den schwierigen Bewohner ernster als sonst
- Ich suche Bewohner auf, die nicht nach mir rufen; ich versuche, Mitarbeiter zu Gesprächen und Spielen mit Bewohnern zu ermutigen; dasselbe versuche ich selbst auch zu tun
- Ich bin ruhiger und selbstbewußter geworden; ich habe oder nehme mir einfach mehr Zeit für die Bewohner
- Ruhiger, gelassener
- Ich höre zu; das Verhalten der Bewohner kann ich besser einordnen
- Ich kann jetzt besser zuhören und ich gehe auf die Probleme der Bewohner ein
- Erst zu beobachten, dann urteilen; ein Gespräch mit dem Bewohner oder Mitarbeiter löst manche Probleme
- Habe mehr Verständnis für die Bewohner durch das Zuhören
- Ich bleibe ruhiger, höre erst den Mitmenschen an; überlege erst, wenn ich antworte; verstehe die Probleme alter Menschen besser
- Ich gehe mehr auf die Probleme des alten Menschen ein; nehme mir mehr Zeit zum Zuhören

- Ich gehe auf weniger sympathische Bewohner eher zu, anstatt sie nur zu ertragen; ich ergreife nachdrücklicher Partei für einen Bewohner
- Ich gehe besser auf die Bewohner ein, zeige mehr Geduld und überlege, wie ich besser helfen kann
- Sicherer im Umgang mit Bewohnern; ich trete den Bewohnern offener und mit mehr Verständnis gegenüber
- keine Angabe (fünfmal)

Angaben der Teilnehmer zur Frage 43 der "allgemeinen Fragen zum Lernzuwachs" (KG I)

- Man läßt schon mal einiges durchlaufen; ich bringe mehr Verständnis auf
- Ich bin nicht mehr so hektisch, wenn mal nicht alles so geht wie es soll; ich kann mich jetzt besser durchsetzen
- Aktiv zuhören und nicht sofort sagen "So hätte ich das gemacht", sondern gemeinsam nach einer Lösung suchen
- Ich übersehe die gegebene Situation besser; bin sicherer in beratender Situation
- Bei schwierigen Bewohnern lasse ich mir mehr Zeit zum Gespräch; ich bin ruhiger, ich gehe auf Probleme eher ein
- keine Angabe (elfmal)

Lebenslauf

Am 21.10.1949 wurde ich in Bocholt (Westfalen) als vierter Sohn von Frau Mechthild Dähling, geb. Blume, und Dr. med. H. E. Dähling geboren.

Nach vier Klassen Volksschule und sechs Klassen Realschule erlangte ich 1966 die Mittlere Reife. Im Anschluß absolvierte ich eine zweieinhalbjährige Lehre als Koch im "Ratskeller Münster" und war danach eineinhalb Jahre in diesem Beruf im Gästehaus "La Redoute", Bonn-Bad Godesberg, tätig. Auf dem 2. Bildungsweg erlangte ich von 1970 bis 1972 die Hochschulreife.

1973 begann ich in Münster das Studium der Pädagogik und legte 1975 in diesem Fach das Vordiplom ab. In meinem Psychologiestudium, welches ich ebenfalls 1973 aufnahm, spezialisierte ich mich auf den Bereich der Klinischen Psychologie mit den besonderen Schwerpunkten Verhaltensmodifikation und Krisenintervention. Das Nebenfachstudium der Kinder- und Jugendpsychiatrie schloß sich an.

Neben meinem Psychologie-Hauptstudium erhielt ich im Rahmen eines Forschungsprojektes eine Ausbildung in "Verhaltensanalytischer Gruppentherapie". Auch schloß ich 1977 die Grundausbildung in Gesprächspsychotherapie ab. 1979 beendete ich das Hauptstudium in Psychologie.

Seit 1976 gilt mein besonderes Interesse der Arbeit mit Erwachsenen. Im Rahmen der Erwachsenenbildung konnte ich in ca. 600 Stunden Lehr- und Psychotherapieerfahrungen sammeln. Meine Haupttätigkeit bestand hier in der beruflichen Fortbildung und Supervision von Fachkräften in der Altenarbeit und Krankenpflege.

1978 änderte ich durch die Eheschließung mit Angelika Maiwald meinen Familiennamen.

Seit 1979 bin ich parallel zur Tätigkeit in der Erwachsenenbildung als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der psychosomatischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik in Münster tätig. Hier konnte ich neben Forschungsaufgaben umfangreiche Erfahrungen in der Betreuung und Psychotherapie mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien gewinnen.

Im Jahre 1981 wurde unser Sohn Julian geboren.

